



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Máster Oficial de Comunicación Especializada
Comunicación científica

La mirada del paciente

Estudio de la interacción médico-paciente en el Hospital Clínic

Curso 2018-2019

AUTORA:

Dra. Marta Consuegra Fernández

TUTORES:

Edmon Girbal y Dra. Alba Guimerà

Barcelona, 12 de septiembre de 2019

A todas aquellas personas que han accedido a participar voluntariamente en este estudio, en particular, a las/os pacientes de Consultas Externas del Hospital Clínic de Barcelona que pese a su malestar dedicaron tiempo y cariño en contestar el cuestionario.

Este trabajo es para todas ellas y quiero pensar que de alguna manera estas páginas harán que sus visitas médicas sean un poco más humanas.

No hay órgano aislado, ni paciente en un vacío social.

Mario Bunge

*Cuando se llama al paciente por su nombre y
después se lo saluda, mirando a sus ojos,
produce un efecto más rápido que una benzodiazepina,
sin efectos secundarios.
Para muchos de ellos, el tratamiento ha comenzado.*

Juan Carlos Giménez

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. CONTEXTO HISTÓRICO	7
III. MARCO TEÓRICO	17
1. Salud y enfermedad.....	17
2. Modelos de relación médico-paciente	19
3. Comunicación	22
IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	37
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	41
1. Muestra.....	41
2. Encuestas	42
3. Consideraciones éticas	42
4. Análisis estadístico.....	42
VI. RESULTADOS.....	47
1. Estudio de pacientes	48
1.1 Características de la muestra.....	48
1.2 Resultados de las encuestas de pacientes.....	49
1.2.1 Autonomía/agencia	49
1.2.2 Proximidad	52
2. Estudio de médicos	58
2.1 Características de la muestra.....	58
2.2 Resultados de las encuestas de médicos.....	58
2.2.1 Autonomía/Agencia	58
2.2.2 Proximidad	61
3. Estudio comparativo de los dos grupos	67
VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	75
VIII. BIBLIOGRAFÍA	83
IX. ANEXO.....	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Esquema de la comunicación propuesto por M ^a Victoria Escandell	25
Fig. 2. Pacientes que acuden a la consulta médica acompañados de un familiar o amigo	50
Fig. 3. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a su autonomía.....	51
Fig. 4. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a su autonomía.....	52
Fig. 5. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a la proximidad	53
Fig. 6. Uso del nombre de pila	54
Fig. 7. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a la proximidad	55
Fig. 8. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a la proximidad	57
Fig. 9. Valoración de los médicos sobre la autonomía de los pacientes en la consulta médica	59
Fig. 10. Valoración de los médicos sobre la autonomía de los pacientes	60
Fig. 11. Valoración de los médicos sobre la proximidad establecida con el paciente	62
Fig. 12. Valoración de los médicos sobre la proximidad establecida con el paciente	63
Fig. 13. Valoración de los médicos sobre la proximidad establecida con el paciente	64
Fig. 14. Valoraciones de médicos con más de quince años dedicados a la atención del pacientes	65
Fig. 15. Valoraciones de médicos que han vivido la experiencia de una enfermedad crónica	66
Fig. 16. Satisfacción global de médicos y pacientes sobre la comunicación establecida entre ambos en la consulta médica	67
Fig. 17. Comparación de evaluaciones relativas a la autonomía/agencia del paciente	68
Fig. 18. Comparación de evaluaciones relativas a la proximidad de la relación	69
Fig. 19. Comparación de evaluaciones relativas a la proximidad de la relación	70
Fig. 20. Comparación de evaluaciones relativas a la proximidad y a factores externos	71

RESUMEN

Se observa con creciente evidencia que una comunicación empática y próxima entre el médico y el paciente tiene un efecto positivo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y la recuperación de la persona enferma. Sin embargo, la herencia de un patrón clásicamente paternalista y la existencia de ciertas barreras comunicacionales que persisten a día de hoy impiden a menudo que se optimice una relación eficiente y beneficiosa para ambos interlocutores. El presente trabajo tiene la finalidad de analizar distintos aspectos que influyen actualmente en la relación médico-paciente desde una perspectiva comunicativa. Para ello se encuestaron un total de 103 pacientes y los 24 médicos que los atendían en el Hospital Clínic de Barcelona, con preguntas relativas a la autonomía del paciente, la proximidad del vínculo asistencial, el uso de recursos empáticos o de cortesía y factores externos como el espacio o el tiempo de consulta. Según los datos obtenidos, los médicos consideran que su conducta hacia el paciente es empática y que su relación se basa en un modelo más democrático que paternalista. Por el contrario, los usuarios perciben menor autonomía y un vínculo más distante. Además, tanto un grupo como otro rehúsa cambios en la distribución del espacio de la consulta como medida de proximidad y, concretamente, los pacientes rechazan también alargar el tiempo de la consulta para mejorar su relación con el médico. Por este motivo creemos que las estrategias de mejora deben orientarse hacia la enseñanza y el desarrollo de habilidades comunicativas entre los profesionales sanitarios a fin de optimizar y potenciar los beneficios de una relación médico-paciente eficiente.

Palabras clave: paciente, médico, relación, comunicación, empatía.

An empathic and close communication between the doctor and the patient has lately been reported to have a positive effect in the diagnosis, the treatment and the recovery of the sick person. However, the inheritance of a classically paternalistic pattern and the existence of certain communicational barriers persisting nowadays often hampers the optimization of an efficient relationship. The present work aims to analyse different aspects that currently influence the doctor-patient relationship from a communicative perspective. To this end, 103 patients and 24 physicians who attended them at the Hospital Clínic de Barcelona were surveyed, with questions regarding patient autonomy, the proximity of the care link, the use of empathic or courtesy resources and the presence of external factors such as the room or the time of consultation. According to the data obtained, doctors consider that their behavior towards the patient is empathetic and that their relationship is based on a more democratic than paternalistic model. On the contrary, patients perceive less autonomy and a more distant link. In addition, both groups refuse changes in the distribution of the consultation room as a measure of proximity and, specifically, patients also refuse to extend the time of the consultation to improve their relationship with the doctor. For this reason, we believe that learning and development of communication skills should be promoted among health professionals in order to optimize their beneficial potential.

Keywords: patient, physician, relationship, communication, empathy.

I.INTRODUCCIÓN

El interés personal en desarrollar este proyecto surge de mi experiencia como acompañante de un familiar en las citaciones médicas. Si bien en algunas ocasiones anteriores, en las que yo había sido la persona atendida, había reflexionado acerca de la calidad de la comunicación establecida con el médico, la vivencia de una situación crítica y sostenida durante un tiempo me hizo redimensionar la importancia de una comunicación respetuosa, compasiva y empática dentro de la consulta médica. Durante más de un año atendí a visitas con médicos procedentes de distintos servicios y departamentos hospitalarios y me di cuenta de ciertas limitaciones en la comunicación dentro del ámbito sanitario. Este periodo despertó en mí una gran curiosidad para explorar qué parámetros condicionan las relaciones médico-paciente y qué factores favorecen que exista un vínculo de confianza entre ambos. Así, este trabajo tiene el propósito de examinar la relevancia de la interacción entre la figura del médico y la del paciente desde la perspectiva de ambos, prestando especial atención a las repercusiones que tiene sobre el paciente.

Cada vez más, la comunicación entre médico y paciente se considera una parte integral de la práctica clínica. Mientras que en los años sesenta las habilidades comunicativas no eran prioritarias en el quehacer médico, en las dos últimas décadas ha crecido notablemente el interés por el potencial terapéutico de la información que el médico transmite al paciente y la manera en cómo lo hace.

Históricamente, los médicos informaban al paciente de forma instruccional y directiva y sus competencias clínicas se limitaban a tres elementos: conocimiento clínico, examen físico y resolución de problemas (Moore, Gómez y Kurtz, 2012). Este modelo, conocido como paternalista, en el que el paciente se limita a referir su malestar y acatar las decisiones médicas, se ampara en la invalidez e incapacidad del paciente ocasionados por el sufrimiento y dependencia que causa su enfermedad (Laín Entralgo, 1964).

Este patrón sigue persistiendo, aunque en menor medida, a día de hoy a causa de, entre otros motivos, las barreras comunicacionales inherentes a la práctica clínica. Algunas de éstas son: la brevedad de las citas médicas, contacto físico limitado, carencia de empatía, ambiente poco acogedor o el uso de jerga especializada (Flórez, Martínez y Valdés, 1980). Sin embargo, actualmente nos encontramos en pleno cambio de paradigma, a favor de una mayor autonomía del paciente, con una diversidad de nuevas estrategias que acercan la persona atendida al profesional sanitario y favorecen una comunicación beneficiosa para ambos.

Una interacción fluida y eficiente tiene el potencial de ayudar a regular las emociones de los pacientes, facilitar la comprensión de la información médica y permitir una mejor identificación de las necesidades, percepciones y expectativas de los pacientes. A Este respecto, varios estudios clínicos publicados recientemente manifiestan que una buena relación entre el médico y el paciente

tiene un efecto positivo en la adherencia al tratamiento y en la recuperación de la enfermedad, así como en la salud mental del paciente (Broom, Brady, Kecskes y Kildea, 2013; Detering, Hancock, Reade y Silvester, 2010; Hardee et al., 2019; Jo Delaney, 2018). Estos hechos se traducen en una disminución de la estancia hospitalaria y el coste económico que ésta supone (Ha Y Longnecker, 2010).

El presente trabajo tiene el objetivo de examinar la complejidad de la interacción médico-paciente desde el punto de vista de uno y de otro y analizar la calidad de la comunicación entre ambos con un caso práctico del Hospital Clínic de Barcelona. Su desarrollo ha dado lugar a una colaboración en el marco del «Pla de Salut de la Generalitat de Catalunya 2016-2020» con la Dra. Marta Sitges, directora del Instituto Clínico Cardiovascular y el Dr. Joan Escarrabill, director del Programa de Atención de la Cronicidad, ambos del Hospital Clínic.

Los resultados de este trabajo se han estructurado fundamentalmente en tres secciones:

El primer apartado, «La visión del paciente», recoge la experiencia de una muestra de 103 usuarios que asisten actualmente a Consultas Externas de Cardiología del Hospital Clínic. Para el presente trabajo, hemos considerado de mayor interés estudiar la perspectiva de un paciente que acude al hospital de forma regular y que tiene una extensa experiencia personal en el trato con los médicos. Por este motivo, decidimos centrar el estudio en pacientes crónicos. En la mayoría de las enfermedades agudas el paciente tiene una participación escasa y el médico se centra en la enfermedad o el malestar fisiológico, principalmente, prestando poca atención al estado emocional o a la calidad de la interacción comunicativa con su interlocutor. La aparición de las enfermedades crónicas y su creciente aumento ha hecho replantear el abordaje clínico ya que implica un proceso lento, complejo, a menudo interdisciplinar y, sobretodo, en el que el paciente interviene activamente y la escucha por parte del médico se vuelve fundamental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas como aquellas de larga duración y generalmente de progresión lenta e incluye las afectaciones cardiovasculares como uno de los tipos principales. Por este motivo, focalizamos el estudio en esta especialidad. Así, en esta primera parte se del trabajo se recoge la valoración que los pacientes hacen sobre el trato recibido por parte de los médicos en la consulta médica. Para ello, se distribuyeron encuestas que evaluaban la relación médico-paciente prestando especial atención a los aspectos comunicativos.

De la misma manera, «La visión del médico» presenta la perspectiva del médico que atiende en Consultas Externas de Cardiología del mismo hospital. Así, se recogen las respuestas de 24 profesionales sanitarios a preguntas similares a las realizadas en los pacientes, a fin de obtener los dos puntos de vista sobre el tipo de relación que se establece entre ambos.

La tercera sección del trabajo, «Estudio comparativo de los dos grupos», compara las respuestas de unos y de otros y analiza qué aspectos son evaluados de forma similar y qué respuestas difieren significativamente entre ambos grupos.

Finalmente, el trabajo se cierra con una discusión que identifica los aspectos discordantes entre la posición del paciente y del médico y analiza los posibles motivos que han fomentado estas diferencias. Además, se incluyen propuestas llevadas a cabo por distintas instituciones a fin de optimizar la comunicación entre ambos.

En los últimos años han surgido un gran número de iniciativas a nivel mundial, dirigidas a mejorar la calidad comunicativa entre el profesional sanitario y la persona atendida o acompañantes. Por ejemplo, el Gobierno del Reino Unido ha propuesto orientar el Sistema de Nacional de Salud (*National Health System*, NHS) hacia una política que anteponga la voluntad del paciente en la toma de decisiones respecto a la atención médica y al tratamiento de elección. Para ello, han desarrollado distintas propuestas para cambiar la cultura del NHS y proporcionar un marco de mejora del servicio de calidad. Uno de los puntos más destacado de esta iniciativa es la toma de decisiones compartidas bajo el lema: «no decision about me without me», basado en una comunicación clara y comprensible para asegurar una atención médica más personalizada con mejores resultados clínicos. Su objetivo a largo plazo es el de proporcionar herramientas y recursos suficientes para ayudar a los profesionales a actuar de la mejor manera con y en nombre de los pacientes (Department of Health, 2010).

En la misma línea, en Australia también se está reformando el sistema de salud incorporando distintas estrategias propias del modelo de atención centrada en la persona («Australian commission on safety and quality in health care», 2011), como por ejemplo una mayor presencia de los miembros de la familia durante las vistas médicas o la intervención de los enfermeros en la comunicación con los pacientes hospitalizados.

Otro ejemplo más cercano es el del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*. Hace tres años inició un nuevo plan de salud centrado en la persona: «Pla de salut de Catalunya 2016-2020: Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just» que comprende doce líneas estratégicas de cambio.

Este plan recoge distintas medidas para implementar el modelo centrado en la persona: la participación ciudadana en las políticas de salud, el fomento de la autonomía de las personas, la atención integral, la introducción intensiva de nuevas tecnologías para mejorar y ampliar el cuidado asistencial o la atención en la experiencia del paciente con respecto al proceso asistencial (Departament de Salut, 2016). Algunas de las acciones llevadas a cabo hasta ahora incluyen la

ampliación del programa «Pacient expert Catalunya» o «Cuidador expert Catalunya», ambos fundamentados en el aprendizaje entre iguales en la gestión de la propia salud (Departament de Salut, 2017).

La mayoría de las estrategias siguen la línea del nuevo modelo de atención centrada en la persona que brinda más autonomía al paciente. Una parte muy importante de este nuevo abordaje pasa por educar a la población en términos de salud, o lo que es lo mismo, mejorar la alfabetización sanitaria de la población. Con esto se pretende ampliar el conocimiento sobre temas relacionados con la sanidad y desarrollar habilidades personales que conduzcan a mejorar tanto la salud individual como comunitaria. Que la persona atendida disponga de ciertos conocimientos sobre términos médicos o procesos patológicos, por ejemplo, la acerca al registro lingüístico del profesional sanitario y puede facilitar la comprensión de la información clínica. Con ello se quiere que la comunicación entre médico y paciente resulte más eficiente y favorezca la relación entre ambos.

Otro gran abordaje que se contempla actualmente es la formación específica del médico en habilidades comunicativas, asignatura hasta ahora prácticamente ausente en sus estudios universitarios. En este contexto se contempla la parte teórica y la práctica o la incorporación de nuevas estrategias dirigidas tanto a adquirir nuevas herramientas como a concienciar al médico de la relevancia terapéutica de una buena comunicación con el paciente.

Los usuarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un trato empático por parte del profesional sanitario y, a día de hoy, se reconocen los beneficios de una vínculo de confianza. Sin embargo, la herencia de una relación médico-paciente tradicionalmente distante y subordinada ha marcado ciertas dinámicas y hábitos que condicionan la calidad de estas interacciones. En este sentido, es informativo rastrear la historia que precede a los roles del médico y del paciente que conocemos actualmente y analizar de qué manera el estado actual puede estar condicionado por sucesos o estructuras clásicas antiguas. Por este motivo, a continuación incluimos un apartado que resume la evolución de la relación médico-paciente en el marco de su contexto histórico.

II.CONTEXTO HISTÓRICO

En sus inicios, la humanidad atribuía la aparición de enfermedades a la voluntad divina que actuaba en respuesta a conductas humanas inapropiadas. Se trataban de castigos de los dioses y por ello los enfermos se consideraban moralmente juzgados por sus actos. De hecho, en la Antigua Mesopotamia, la misma palabra que significaba enfermedad, «shêrtu», definía también pecado, impureza moral, ira divina y castigo (Vidal Benito, 2010). Solo la figura del sanador, chamán o incluso representante de los dioses tenía el poder para atender y curar a las personas que padecían la cólera divina, hecho que les otorgaba un estatus privilegiado dentro de las comunidades.

Ozías estaba de pie, junto al altar, y a punto de quemar el incienso. Al oír a los sacerdotes se enojó contra ellos, pero de inmediato, y ante la mirada de todos, su frente se llenó de lepra. Entonces los sacerdotes lo sacaron rápidamente del templo, y hasta el mismo rey se apresuró a salir, pues sabía que Dios lo había castigado. Hasta el día de su muerte, el rey Ozías fue un leproso, y por eso tuvo que vivir en un cuarto separado del resto del palacio (Crónica 26:19-21; Ozías Uzías, o Azarías, rey de Judá, 825-759 a.C.)

Es posible descubrir referencias sobre la figura de curador o sacerdote en casi todas las civilizaciones antiguas; Egipto, Grecia, Mesopotamia, Asiria y Babilonia, etc. (Cruz Martínez, Fragoso Marchante, González Morales, Sierra Martínez y Labrada González, 2010). Mientras el enfermo recibía un juicio ético y una enfermedad como condena, estos primordiales sacerdotes gozaban de gran autoridad, prestigio social e incluso impunidad ante la ley (Lázaro y Gracia, 2006).

Más adelante, sin embargo, esta concepción mística y religiosa de la enfermedad se fue perdiendo y en la Grecia Clásica pasó a considerarse un desequilibrio de la naturaleza y del individuo desde una perspectiva más racional. En ese entonces, el rol del médico ya no era necesariamente el de un sacerdote y adoptó un carácter más científico, dando paso a la Medicina Moderna de Hipócrates de Cos (siglo V a.C.) (Vidal Benito, 2010). Para muchos autores, Hipócrates es considerado el padre de la medicina, puesto que estableció las bases de la ciencia médica y defendió el origen natural de las enfermedades, alejándolas de teorías teológicas o místicas. Tal y como recoge el Juramento Hipocrático, la escuela de Cos creía en la observación naturalista y en un enfoque integral del hombre como una unidad físico-psíquica indivisible. La perspectiva de la escuela hipocrática reconocía el valor de la relación medico-paciente como una herramienta útil para cooperar y su juramento, entendido como un código deontológico primordial, priorizaba estudiar más al paciente que a la enfermedad. Ahora bien, la práctica médica hipocrática respondía a un modelo paternalista en el que, a pesar de liberar al enfermo de un castigo divino, el médico gozaba de una posición social privilegiada y era considerado una figura de autoridad (Lázaro y Gracia, 2006).

En la época medieval, la medicina volvió a asociarse a teorías religiosas. Las órdenes religiosas cristianas se hacían cargo de la asistencia sanitaria y el fundamento de la relación médico-paciente se convirtió en una amistad cristiana en la que el médico buscaba aliviar y dar consuelo al enfermo. En

este marco, mientras el médico disponía de una posición predilecta, los pacientes debían adoptar una actitud dócil y sumisa. Hasta el S. XII, momento en el que queda prohibido ejercer la medicina y el sacerdocio al mismo tiempo, los médicos eran clérigos. A partir de entonces, la enseñanza de la medicina se sistematizó y empezaron a crearse las primeras facultades universitarias europeas. Así, en la Baja Edad Media se produjo una recuperación de la cultura grecorromana a través de la traducción de los textos clásicos, y la profesión médica empezó a considerarse una práctica más laica. (Gómez-Ullate, 2014). Según Pedro Laín Entralgo, sin embargo, la medicina secularizada no se alcanzó hasta finales del S. XIX (Vidal Benito, 2010)., auspiciada por la revolución industrial y científico-tecnológica.

El trecho que une el final del siglo XIX hasta el S.XX es de particular interés en la evolución de la relación médico-paciente. Se produce una profunda transformación del sector sanitario y por este motivo, dedicaremos las siguientes páginas a desarrollar los acontecimientos más relevantes. Uno de los fenómenos más destacables de la época es la llamada «introducción del sujeto en la medicina» o «rebelión del sujeto», que reivindica una serie de derechos (Gómez-Ullate, 2014), como por ejemplo la existencia de sistemas colectivos de asistencia pública (Reino Unido, 1948).

Otro punto de particular interés fue la revolución científico-tecnológica que se enmarca en este periodo. Los avances médicos supusieron un aumento sin precedentes de la calidad y de la esperanza de vida. En este contexto, hubo numerosas contribuciones tecnológicas tanto a nivel de diagnóstico médico como terapéutico y se desarrollaron modernos equipos de alta resolución que permitieron describir mejor las enfermedades. Sin embargo, este desarrollo tecnológico propició la aparición de problemas substanciales en la relación médico-paciente. Este desarrollo tecnológico favorece indirectamente un proceso de deshumanización de la práctica clínica en la que las técnicas de diagnóstico resultan más informativas que la entrevista con el paciente y, por lo tanto, la relación entre ambos se empobrece, el enfoque médico se centra más en la enfermedad que en el paciente y, remodulado, sigue persistiendo el modelo paternalista médico-paciente.

En este contexto, Sigmund Freud defiende una concepción holística del paciente que contribuye al cambio de mentalidad del médico, cada vez más convencido de la utilidad de los métodos psicológicos y sociológicos en su quehacer clínico. (Laín Entralgo, 1964). Freud comprende al paciente como persona que necesita información. Bajo este pretexto, Freud defendía que era necesario dar mayor protagonismo a la comunicación, a la escucha y a la palabra, y aporta una nueva orientación de la práctica médica que incluye una escucha más atenta (Breuer y Freud, 1987). Siguiendo esta línea teórica, Michael Balint, también psicoanalista, promueve los llamados grupos Balint, vigentes todavía hoy. Se trata de reuniones dirigidas al profesional sanitario que ofrecen recursos comunicativos para enriquecer la interacción médico-paciente. En ellos, un psicoanalista orienta los casos clínicos a los

que se enfrentan los médicos a fin de favorecer la relación clínica. Michael Balint consideraba que los médicos tenían ciertas actitudes determinadas por su personalidad y forma de pensar que se transferían y condicionaban a la persona atendida. Además, estas conductas podían dificultar no solo la comprensión del paciente sino el diagnóstico de su patología, hecho que podría afectar negativamente su evolución clínica (Balint, 1955). Michael Balint sentó las bases de la importancia de la relación médico-paciente argumentando que ésta tenía un potencial terapéutico clave que se había ignorado hasta entonces.

Por otro lado, en este siglo ocurren una serie de movimientos revolucionarios que suponen un avance de los derechos de los pacientes. Uno de los acontecimientos más notables es la Declaración de los derechos Humanos aprobada en 1948, en la que se recogen los derechos de autonomía y libertad de la persona como principios básicos del ser humano. Esta declaración promueve que el 6 de febrero de 1973 la Asamblea Americana de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales apruebe finalmente la primera Carta de Derechos del Paciente. En esta Carta se reconoce oficialmente el derecho de autonomía del paciente y, con esto, la capacidad de recibir la información médica completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de manera clara y comprensible, así como de rechazar el tratamiento, si así lo considera (The World Medical Association, 2019).

Además, a este proceso de cambio se le suma el proceso judicial que sentenció el abuso de los presos para fines de investigación médica de la Segunda Guerra Mundial, impulsado por la constitución del Código de Núremberg en el año 1946, y posterior Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1964. En esta misma línea, la *National Commission for the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de la investigación y la conducta) publica el Informe Belmont en 1978, que recoge los principios de beneficencia y no maleficencia, además del de autonomía, previamente citado en la Carta de los Derechos de los Enfermos (Gómez-Ullate, 2014).

Los principios de beneficencia y no maleficencia persiguen hacer el bien o prevenir el daño a otros y no infringir dolor a voluntad, respectivamente (Beauchamp y Childress, 1999). En este convulso marco social, el modelo paternalista, hasta ahora dominante, entra en crisis y el principio de autonomía comienza particularmente a captar la atención de la sociedad. Con ello, se despierta un notable interés por la relación médico-paciente y por la gestión de la toma de decisiones, hasta el momento exclusivamente supeditada al criterio del médico (Vidal Benito, 2010). A partir de entonces, la autonomía se entiende como la libertad de elección: el médico debe exponer la información clínica al paciente, ofrecerle las opciones terapéuticas que hay y permitirle tomar la decisión última al paciente.

Los ciudadanos de los sesenta no podían tolerar que el poder médico, además de haberse engrandecido exponencialmente, siguiera siendo ejercido de esta forma.

Por ello, no resulta de extrañar que los ciudadanos comenzaran a reivindicar su participación activa en el proceso de toma de decisiones clínicas que afectaran a su salud o su vida, a exigir información sobre todo aquello que les iba a realizar o a demandar que se contara con su autorización o su contentamiento (Gómez-Ullate, 2014, p. 45).

En esta nueva era de mentalidad autonomista, el paciente toma la palabra en todo lo que respecta a su propia salud, hecho hasta el momento inadmisibles, y la transmisión de la información del médico al paciente se convierte en una obligación jurídica. Ante este cambio, se advierte una mejoría en cuanto a la satisfacción de los pacientes, que dicen comprender mejor las explicaciones recibidas y muestran mayor confianza en el cuidado médico (Gómez-Ullate, 2014).

En España, no fue hasta la llegada de la Carta de Derechos y Deberes del Paciente (INSALUD, 1984) y la publicación de la Ley General de Sanidad (1986) que se implementaron los derechos de los pacientes. En 2002, muchos de esos derechos alcanzaron la consistencia que hoy tienen dentro de nuestro sistema sanitario a través de la Ley 41/2002, que regula la autonomía del paciente, las obligaciones en materia de información y documentación clínica y las sucesivas leyes referentes a algunos derechos de los pacientes que aparecieron posteriormente (Jefatura del Estado, 2015).

Además, esta Ley comprende seis capítulos y disposiciones adicionales en materia de salud acerca de la dignidad, la libertad individual, la intimidad y la confidencialidad. En ella se refuerza el derecho a la autonomía del paciente, el respeto por la libre decisión respecto a las opciones terapéuticas e incluso al rechazo al tratamiento aunque resulte perjudicial para la salud del enfermo. Además, se incluye un artículo que recoge el respeto por la posible negativa del paciente a recibir información, él mismo o terceros.

Actualidad

Actualmente, cada vez se reconoce más el valor a la relación médico-paciente e inevitablemente esta se encuentra en constante cambio. Los pacientes tienen un mayor acceso a la información médica, hecho que los convierte en más críticos y empoderados y favorece una menor asimetría médico-paciente. Se ha perdido la verticalidad de la relación paternalista clásica y la comunicación cada vez toma más relevancia en este nuevo vínculo. En este sentido, algunos autores hablan de insatisfacción por parte del profesional sanitario ya que advierten que los médicos pierden el control sobre su quehacer profesional y perciben los cambios como algo externo y ajeno a su responsabilidad (Celedón L, 2016).

Son muchos los factores que han llevado a la situación actual: el creciente acceso de la población a la cultura e información médica, la disponibilidad de las tecnologías de la información, la adjudicación

de tareas administrativo-sanitarias al profesional sanitario o la mayor conciencia de los pacientes respecto a sus derechos. A raíz de estos cambios, en la actualidad han surgido varias corrientes que proponen distintos enfoques de la relación médico-paciente. Se exponen a continuación.

La Medicina Narrativa o Medicina basada en narraciones (Coulehan, Hunter y Charon, 1995) pretende humanizar la medicina y ver al paciente íntegramente, aplicando una escucha empática por parte del médico. Concibe al paciente como texto o libro que cuenta las circunstancias que le producen malestar o preocupación y priorizan la comunicación, la confianza y el respeto. Según Sílvia Carrió, «Los relatos describen una secuencia de acontecimientos que violan el orden habitual: un desequilibrio, algo inesperado o algo de lo que podríamos dudar. Cuando las cosas son como de costumbre, las narraciones son menos necesarias. Pero cuando se quiebra el orden habitual y el dolor, la enfermedad y el sufrimiento alteran nuestra relación con nuestro cuerpo, los relatos son indispensables». Esta aproximación considera que el modelo biomédico busca mayor objetividad y neutralidad y, que en este contexto, el relato del paciente queda oculto (Carrió, 2006).

En esta misma línea, ha surgido el Humanismo médico y la Medicina Personalística como una corriente antropológica que focaliza el interés en el paciente como persona, pero que también se interesa por el médico y por la relación que se establece entre ambos (Vidal Benito, 2010). El Dr. Entralgo la describe como una actitud del médico que prioriza tanto la práctica médica per sé como las llamadas «humanidades médicas» que incluyen los distintos enfoques: cultural, psicológico, sociológico, ético, etc. (Laín Entralgo, 1985).

Por otro lado, sobre todo en América, se ha hablado mucho de la Atención médica gerenciada, término procedente del inglés *managed care*. Esta corriente sustenta que el aumento de los recursos tecnológicos y su uso indiscriminado ha encarecido el coste de la atención sanitaria y, en consecuencia, la práctica médica debe racionalizar los gastos económicos y gestionar el uso y el acceso a los recursos. Esta política implica la intervención de entidades legales y regulatorias en el sistema sanitario y algunos autores (Echeverri, 2008; Hsaio, 1995) creen que de esta manera la atención de la salud se convierte en una industria y el acto médico se comprende como un bien de mercado. Ocurrió por primera vez en el Reino Unido en la década de 1980 cuando Margaret Thatcher impulsó la reforma de los sistemas de salud a favor de esquemas más mercantilistas de financiamiento y gestión sanitario. Este proceso privatizador se extendió paulatinamente a diversos países que incorporaron modelos de mercado en el sistema sanitario (Echeverri, 2008). Ante este cambio de paradigma, las grandes empresas de la industria farmacéutica vieron nuevas oportunidades de negocio y progresivamente irrumpieron en el sistema hasta condicionar, por ejemplo, la elección médica del tratamiento para las personas enfermas. Actualmente sigue persistiendo esta tendencia de vender los servicios de salud como mercancías y para frenarlo se plantea una legislación internacional que limite la rentabilidad de

las empresas y la protección de los usuarios. Muchos autores consideran que esta situación obliga a los profesionales de la salud a elegir entre el bienestar de los pacientes y el rendimiento económico de las empresas financiadoras. Ante este marco sanitario en el que se prioriza la eficiencia administrativa, se teme que la figura del paciente caiga en un segundo plano y pierda relevancia la relación que el médico establece con él (Samuelson y Editorial, 2000).

Otra de las corrientes actuales es la «medicina del deseo» (Kettner, 2006) que describe una práctica biomédica al servicio de la satisfacción de los deseos y no de las necesidades personales, alejándose así de las finalidades terapéuticas curativas y preventivas, propias de la tradición médica occidental (Escobar, 2015). Algunos autores creen que esta escuela promueve la distorsión de la figura del médico y del valor que antes representaba, ya que según exponen, el médico actúa como un trabajador que presta sus servicios contratado por su cliente o paciente. Así, prima entre ambos una relación comercial en la que el médico cumple con las peticiones del cliente, aunque atenten a su bienestar (Celedón L., 2003).

La crisis del paternalismo médico clásico ha hecho que se tema la pérdida de la confianza entre el médico y el paciente, y las distintas variedades del modelo relacional puedan generar su efecto opuesto. En este punto, se habla de Medicina Defensiva y surge a raíz de la creciente insatisfacción de los pacientes respecto a la asistencia médica recibida. En este contexto se habla a menudo de iatrogenia, entendida como el conjunto de efectos adversos que la práctica médica y sanitaria provoca asociados a errores y negligencias de los profesionales. Aunque tales perjuicios pueden ser consecuencia de otras causas, incluidos los efectos colaterales inevitables de intervenciones adecuadas, el aumento de las expectativas como consecuencia de los avances médicos ha estimulado un gran número de demandas o juicios por malas intervenciones médicas (Broggi, 2017). La medicina defensiva pretende evitar las denuncias por mala praxis realizando una cantidad excesiva de pruebas diagnósticas o tratamientos que responden más al riesgo de que el profesional sea objeto de una reclamación por parte de la persona atendida que a la necesidad real del paciente. Muchos médicos consideran que esta práctica dispara el coste asistencial y que podría evitarse si se optimizara la relación médico-paciente a favor de una comunicación franca y abierta que permitiera disminuir el temor de repercusiones legales (Ramírez-Alcántara, Parra-Melgar y Balcázar-Rincón, 2017).

Como reacción al modelo de la medicina defensiva, recientemente se ha levantado un nuevo movimiento: la llamada medicina asertiva. Se trata de una forma de comunicación que comprende cuatro cualidades del acto médico: buena comunicación, sujeción del acto médico a la *lex artis ad hoc*, respeto de los derechos del paciente y respeto de los derechos del médico, y que pretende re-humanizar la medicina y restaurar la relación entre el profesional sanitario y las personas atendidas. (Rodríguez Almada, 2006) y otra referencia: (Tamayo, Manuel y González, 2005).

En este apartado se ha descrito como desde sus inicios el médico ha gozado de cierta impunidad y privilegios que le han otorgado una posición social favorecida. Aunque esta concepción ha ido transformándose a lo largo de los, la figura del médico guarda cierto prestigio y reputación que sigue reconociéndose popularmente a día de hoy. De la misma manera, el paciente arrastra una posición subordinada heredada de un patrón antiguo, que en muchas ocasiones le impulsa a supeditarse a las decisiones clínicas sin formar directamente parte de ellas. Esta fidelización a un esquema antiguo que ha persistido durante tantos siglos junto con los acontecimientos históricos que han influenciado el sector asistencial condiciona inevitablemente tanto la concepción que tenemos de los roles del médico y del paciente como el modelo de relación que predomina actualmente y, consecuentemente, es imprescindible tenerlo en cuenta en el análisis de los datos del presente proyecto.

III. MARCO TEÓRICO

1. Salud y enfermedad

A menudo se recurre a una definición en círculo de *salud* como ausencia de enfermedad y viceversa. Esta comprensión no define los términos en sí y los reduce a una noción simplista que no engloba los diferentes elementos que los conforman. Aunque se encuentren estrechamente relacionados es imprescindible analizar y comprender los dos conceptos de manera independiente.

A lo largo de los años, el término de salud ha evolucionado desde su concepción limitada a la supervivencia hasta adquirir una representación multidimensional que comprende distintos factores de la vida y el bienestar. Esta perspectiva actual implica la inclusión de aspectos subjetivos interpersonales e interculturales que dificultan concretar una definición globalmente consensuada.

En este sentido, L. Feito señala que «de la salud tendremos que decir, como notas que le son propias, que es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no, dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico o abierto a cambios de la sociedad que puedan repercutir en la concepción del término» (Grande, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, definió el término como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo de acuerdo con la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948). Si bien esta definición engloba elementos extra-sanitarios psicosociales, ausentes en la comprensión negativa de enfermedad, un gran número de detractores la consideraron imprecisa e insuficiente.

Ante la demanda de una nueva concepción del término, la OMS publicó la llamada Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en la que puntualizaba que se trataba de un recurso para la vida cotidiana y no el objetivo de la vida en sí. En la Carta también se reconoció la importancia de los factores sociales y personales más allá de las aptitudes físicas o necesidades sanitarias y se incluía el bienestar comunitario como fuente de impacto en la salud individual (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Este enfoque sugiere que tanto los individuos como las comunidades saludables disponen de ciertos requisitos más allá de no padecer ninguna enfermedad o incapacidad y, subraya la contribución socioeconómica, el estilo de vida o el entorno ambiental en el que se encuentren.

En la misma línea, Salleras Sanmartí definió el término salud en 1985, como el «logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores

sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad» (Salleras Sanmartí, 1985). Por otro lado, Terris Milton o Pedro Laín Entralgo hablan de un estado de armonía o equilibrio (Laín Entralgo, 1973; Terris, Almada Bay, López Acuña y Massimi, 1980).

Los autores aquí expuestos comparten todos un enfoque que se aleja de la concepción negativa* de salud como ausencia de ésta, y la interpreta desde una perspectiva positiva y multidimensional, en la que se incluyen diferentes requisitos de bienestar psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección o desarrollo personal.

Es interesante recalcar el concepto de *calidad de vida*, mencionado en el párrafo anterior y de especial relevancia para el desarrollo de este trabajo. Éste nació durante los años sesenta gracias al notable desarrollo y progreso sanitario que permitió incrementar la esperanza de vida. La sociedad acuñó este término como una medida para evaluar en qué estado los ciudadanos vivían estos años de más (Panzini et al., 2017).

De la misma manera que con el término de salud, la calidad de vida tiene un componente subjetivo y variable que da pie a una amplia gama de interpretaciones. De forma general, se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (Fernández-López, Fernández-Fidalgo y Cieza, 2010). La OMS lo define como la percepción que tiene cada individuo de su posición en la vida en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En este trabajo, sin embargo, hablamos concretamente de calidad de vida como aquella supeditada a la salud de un individuo, también llamada *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS). Aunque a menudo se utiliza este término para referirse directamente a salud, entendemos la calidad de vida relacionada con la salud como aquella que se refiere específicamente al impacto de la salud de una persona en su percepción de bienestar personal, a nivel tanto físico como emocional o incluso social y espiritual. En otras palabras, la percepción de como el individuo vive su salud, haciendo especial énfasis en los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento en los diversos ámbitos de su vida, como su bienestar físico, emocional y social (Fernández-López et al., 2010; Ramos Valverde, Moreno Rodríguez y Rivera de los Santos, 2010).

* Nota semántica: la concepción negativa de salud se basa en la ausencia del deterioro fisiológico o enfermedad y al ser tan concreta está menos sometida a interpretaciones interculturales. Jonatan Papaport, salud y enfermedad.

Así como los conceptos de salud y calidad de vida, la definición de *enfermedad* también depende en gran parte de la cultura y está sujeta a variaciones intercomunitarias. Pedro Laín Entralgo concibe la enfermedad como un «modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psicoorgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo» (Laín Entralgo, 1986).

Es decir, hablamos de una alteración del funcionamiento del organismo que afecta el bienestar personal de un individuo, ya sea físico, psíquico o social. Algunos autores la analizan desde dos concepciones: una subjetiva: el malestar (sentirse mal con diferente intensidad), y otra objetiva: la que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento fisiológico en diferentes grados). Así, desde el punto de vista objetivo, es posible sentirse enfermo sin estarlo, del mismo modo que es posible padecer una enfermedad sin darse cuenta de ello (Jonatan Rapaport, 2006). Con esto, el concepto de una persona enferma cobra un sentido mucho más amplio que simplemente alguien que padece una enfermedad y de la misma manera, el término paciente también alcanza una dimensión mayor.

En general, hasta que la persona no acude al médico y este identifica su malestar, la enfermedad no cobra un sentido y significado propio y específico. Es entonces cuando se reconoce tácitamente a la persona atendida como paciente (Vidal Benito, 2010). Este término proviene del latín *patiens* y concretamente *pati* significa padecer, tolerar o aguantar. La primera acepción de la Real Academia Española es «sujeto que tiene paciencia» y exhibe claramente la concepción tradicional de «paciente» propia del modelo clásico paternalista como sujeto pasivo, que recibe la acción del personal sanitario. Gracias a la aparición de la bioética moderna y al reconocimiento de los derechos de los pacientes, éstos empezaron a considerarse como cualquier otra persona de la sociedad. De hecho, de acuerdo con la corriente actual a favor de la atención centrada en la persona, cada vez más se utilizan los términos *usuario* o *persona* atendida para referirse al paciente, atribuyéndole indirectamente una posición de mayor autonomía. Sin embargo, parece no haber hasta ahora una terminología consensuada respecto a la expresión más adecuada. Si bien se ha hablado de *usuario* o *cliente*, algunos autores consideran que reducen al paciente a un mero consumidor de servicios sanitarios y que entra en conflicto con la tradición médica propia del marco europeo (Lázaro y Gracia, 2006).

2. Modelos de relación médico-paciente

En la relación médico paciente, en general se distingue entre dos extremos, por un lado el modelo mayoritariamente paternalista y por otro lado el autonomista, contractual, deliberativo o cooperativo, en que prevalece la autonomía del paciente. Sin embargo, varios autores han descrito actitudes o modelos intermedios entre ambos.

Cabe mencionar en este punto que si bien nos referimos a la relación dual entre médico y paciente, a menudo se habla de una tríada relacional, ya que no intervienen dos únicos elementos sino que normalmente existe la presencia de terceras personas; amigos, familiares, asistentes sociales u otros. Por este motivo, habitualmente se usa el término relación sanitaria o clínica en lugar de médico-paciente (Lázaro y Gracia, 2006). En el estudio actual nos hemos centrado en el análisis de la figura del médico y de la persona atendida. Solo de manera puntual nos referiremos a terceras personas pero siempre desde la perspectiva del paciente.

En el apartado de Contexto histórico (pág. 7) hemos visto como el modelo paternalista ha predominado en la relación médico-paciente a lo largo de la historia. Gerald Dworkin definió en 1972 el paternalismo como «la interferencia con la libertad de acción de una persona, justificada por razones que se refieren exclusivamente al bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, el interés o los valores de la persona que está siendo coaccionada» (Dworkin, 1972). Se trata de un esquema relacional asimétrico o vertical, en el que el médico asume responsabilidades y toma las decisiones asistenciales según lo que considera mejor para el paciente y pretende saber lo que le conviene al paciente más que el propio paciente. Esta interacción implica una actitud de dominancia y protección hacia la persona atendida para evitarle mayor sufrimiento. En este contexto, la información que el médico transmite es mínima y se limita a las medidas terapéuticas básicas, asumiendo que el paciente tiene cierta incapacidad para comprender conceptos médicos más amplios. Cualquier información proporcionada al paciente se selecciona para alentarlos a que den su consentimiento a las decisiones del médico (Parsons, 1951). En este sentido, Gert y Culver añaden que el paternalista es consciente de que el paciente se opondría a su acción si tuviera cierta información pero asume que a la larga estará de acuerdo en que la acción tomada fue correcta (Gert y Culver, 1979). El modelo paternalista se rige fundamentalmente por el principio de beneficencia y el de no maleficencia pero inevitablemente atenta el derecho de autonomía del paciente. A raíz de la rebelión del paciente del siglo XIX, el patrón paternalista clásico entró en crisis y surgieron otros modelos de relación asistencial.

En 1956, Szasz y Hollender proponen tres modelos de relación médico-paciente (i) el de actividad-pasividad, (ii) orientación-cooperación y (iii) de participación mutua, análogos a los vínculos adulto-niño, adulto-adolescente y adulto-adulto, respectivamente. Mientras el primero tiene una naturaleza enteramente paternalista fundamentada en la relación vertical de padre e hijo, el segundo comprende la consciencia del paciente, sus sentimientos y aspiraciones personales. Sin embargo, este segundo modelo se basa en las instrucciones médicas y asume que el paciente coopera y las obedece, de manera que sigue habiendo una relación de dominancia. A diferencia de los anteriores, el modelo de participación mutua se basa en la asunción de igualdad entre los seres humanos y, por lo tanto, médico y paciente tendrían el mismo poder. Este modelo proporciona al paciente una mayor responsabilidad, se caracteriza por un alto grado de empatía y se basa en parte en dinámicas propias

de la amistad y la asociación. En este caso, la satisfacción del médico no puede derivarse del control o poder que ejerce sobre otra persona, sino del servicio que proporciona a la humanidad (Kaba y Sooriakumaran, 2007).

Otro autor, Robert M. Veatch, definía en 1972 cuatro tipos de modelo en función de la actuación del médico: (i) el modelo mecánico, (ii) el sacerdotal, (iii) el amistoso y (iv) el contractual. En el primer caso, el médico actúa como un técnico que diagnostica y propone las opciones terapéuticas entre las que el paciente elige y por lo tanto asume toda responsabilidad. El modelo sacerdotal sigue un patrón paternalista en el que el médico puede vulnerar la autonomía del paciente si lo considera necesario para beneficio de la salud de éste último. En tercer lugar, sitúa el modelo amistoso de mayor simetría de roles en que las decisiones se toman de manera deliberativa y la responsabilidad es compartida. Por último, el modelo contractual es similar al anterior pero en este caso la decisión última la toma el paciente y asume que éste dispone de más información que ha adquirido de fuentes propias ajenas a lo que le dice el médico (Veatch, 1972). Se trata de cuatro modelos dinámicos que a menudo se superponen o intercalan y su distinción es poco clara.

De forma similar, Linda y Ezequiel Emanuel (1992) distinguen también cuatro modelos relacionales: (i) paternalista, (ii) informativo, (iii) interpretativo y (iv) deliberativo (**Tabla 1**). El segundo hace referencia a un modelo autonomista en el cual el médico se limita a informar al paciente y deja que éste tome la decisión última. Entre los extremos paternalista e informativo, los autores describen, por un lado, el modelo interpretativo como aquel en el que el médico orienta al paciente en función de los valores personales del paciente y, por otro, el modelo deliberativo como el que aboga por una decisión compartida entre ambos acerca de las opciones clínicas sin tener en cuenta valores personales extrasanitarios del paciente. A diferencia del autor anterior, en esta ocasión, la distinción entre modelos, sobretudo los intermedios, viene dada por el respeto a los valores personales del paciente, elemento ausente en la definición de Veatch (Emanuel y Emanuel, 1992).

Tabla 1. Comparación de los cuatro modelos de la relación médico-paciente según Linda y Ezequiel Emanuel (Emanuel y Emanuel, 1992).

	Informative	Interpretive	Deliberative	Paternalistic
Patient values	Defined, fixed, and known to the patient	Inchoate and conflicting, requiring elucidation	Open to development and revision through moral discussion	Objective and shared by physician and patient
Physician's obligation	Providing relevant factual information and implementing patient's selected intervention	Elucidating and interpreting relevant patient values as well as informing the patient and implementing the patient's selected intervention	Articulating and persuading the patient of the most admirable values as well as informing the patient and implementing the patient's selected intervention	Promoting the patient's well-being independent of the patient's current preferences
Conception of patient's autonomy	Choice of, and control over, medical care	Self-understanding relevant to medical care	Moral self-development relevant to medical care	Assenting to objective values
Conception of physician's role	Competent technical expert	Counselor or adviser	Friend or teacher	Guardian

Lázaro y García (2006) introducen además el modelo de relación oligárquica que aparece a consecuencia de la medicina en equipo extendida en el siglo XX. Si bien sigue tratándose de una

relación vertical en la que el paciente sigue estando sometido a decisiones médicas ajenas a su voluntad, en este caso no las toma solo un médico sino todo un equipo sanitario (Lázaro y Gracia, 2006).

Según Lázaro y García, la relación clínica democrática es aquella horizontal, que capacita y responsabiliza al paciente en la toma de decisiones que se refieren a su salud. Bajo este modelo, en lugar de actuar en beneficio del paciente de acuerdo con el código ético, son los valores del paciente los que orientan las decisiones médicas. Ahora bien, la interacción médico-paciente democrática no se fundamenta en un diálogo entre iguales, ya que no se trata de una relación simétrica ni estrictamente horizontal. Los autores la describen como una interacción en la que los dos polos son activos pero de diferente manera: mientras uno aporta conocimiento científico, experiencia clínica, información técnica y consejos, el otro escucha y contrasta la información con sus propios valores, creencias, proyectos y deseos. En este diálogo, el médico, con sus cualidades y sus deficiencias profesionales y personales, pretende ayudar al paciente siempre desde el respeto que se tiene a un adulto, reconociendo sus valores personales en todo momento. «El médico propone y, por primera vez en la historia, el enfermo dispone» (Lázaro y Gracia, 2006).

3. Comunicación

Ya antiguamente la comunicación se ha considerado un aspecto esencial de la medicina, no obstante, no fue hasta finales del siglo XIX, con la rebelión del paciente, que el estudio de la comunicación entre el médico y el paciente se convirtió en objeto de numerosas investigaciones.

La entrevista clínica, que tiene lugar en la visita médica, se considera un medio esencial para obtener datos representativos que ayuden al profesional sanitario a realizar el diagnóstico y el tratamiento. Se trata entonces de una forma oral de comunicación interpersonal que tiene como finalidad obtener información sobre la persona atendida y es un elemento fundamental en el establecimiento de las bases sobre la que se construirá la relación asistencial. En este sentido, la entrevista clínica se puede interpretar desde una perspectiva sociológica, antropológica y lingüística para entender con mayor profundidad los conflictos que puedan surgir en la comunicación entre el médico y el paciente.

Existen múltiples abordajes posibles que definen el término de comunicación y además han ido evolucionando a lo largo del tiempo. De esta manera, este concepto se ha ido construyendo desde perspectivas muy diferentes y ha dado lugar a varias teorías. La palabra deriva del latín *communicare*, que significa «compartir algo, poner en común» y en general, entendemos su significado como el

proceso por medio del cual una persona (el emisor) se pone en contacto con otra (el receptor) a través de un mensaje, y espera una respuesta, sea una opinión, actitud o conducta (Martínez de Velasco y Nosnik, 1988).

El esquema clásico de la comunicación nace de la conceptualización teórica de Shannon y Weaver (1949), posteriormente modificada por Jakobson (1960). El modelo jakobsoniano de la comunicación se funda en seis elementos vertebrales: el *código* (las señales que se asocian a los mensajes), el *mensaje* (el resultado de la codificación o conjunto de informaciones transmitidas), el *emisor* (quien codifica el mensaje), el *referente* (la realidad que se percibe gracias al mensaje), el *receptor* (quien decodifica el mensaje), el *canal* o medio usado para transmitir la señal y finalmente el *contexto* (las circunstancias en las que se produce la comunicación) (Escandell Vidal, 2005).

No obstante, esta representación reduce la comunicación a un intercambio rígido y mecánico de información que podría darse entre dos dispositivos inertes. La comunicación humana es un acto mucho más complejo que el esquema clásico en el que participan elementos extralingüísticos como, por ejemplo, la manera en la que nos comunicamos o la interpretación individual que hacemos del mensaje. Además, los atributos del emisor y el receptor condicionan su relación interpersonal en el acto comunicativo y el contexto o entorno comunicativo tiene en realidad un papel esencial en la lectura que hacemos de determinadas palabras o incluso en la percepción que tiene el receptor de la intención comunicativa del hablante (Escandell Vidal, 2005). Por este motivo, la naturaleza de la comunicación ha sido extensamente revisada a lo largo de los años y a día de hoy existen numerosas teorías que intentan explicarla mejor.

María Victoria Escandell (Escandell Vidal, 2005) hace una aproximación teórica (**Fig. 1**) que comprende tres componentes principales: los *elementos*, las *representaciones* y los *procesos*. Los elementos constituyen el primer nivel del esquema comunicativo en el que se encuentran el emisor, el destinatario y la señal (que incluye el habla, la escritura o, por ejemplo, la comunicación no verbal). El segundo nivel, llamado representaciones, se conoce como todo elemento que percibe el destinatario, es decir, la representación que éste hace sobre la realidad de su entorno y de la situación comunicativa. En este nivel, Escandell identifica cuatro elementos: el objetivo o propósito del emisor, la distancia social entre los interlocutores (en la que influye la edad, el sexo, la jerarquía o grado de conocimiento mutuo), la situación o grado de institucionalización (que hace referencia al formalismo del encuentro) y el medio (oral o escrito).

Finalmente, procesos comprende las operaciones que acompañan el acto comunicativo constituyendo así la última categoría de los elementos del modelo de Escandell. En primer lugar, la *codificación* (conversión del significado que se quiere transmitir a signos) y *descodificación* (conversión de los signos al significado que se quiere transmitir) clásicas, ya integradas en el esquema el tradicional

de Jakobson (1960). Sin embargo, Escandell incorpora dos nuevos conceptos conocidos como *ostensión* e *inferencia*, provenientes de la teoría de la relevancia de Sperber y Wilson (Sperber y Wilson, 1986). Según la autora, la comunicación humana incluye los llamados *indicios*, entendidos como contenidos implícitos que establecen relaciones naturales entre dos fenómenos. La comunicación no se limita exclusivamente al código ya que de ser así, no existirían malentendidos. Sin embargo, en muchas ocasiones se hace referencia a contenidos implícitos que no llegan a comunicarse explícitamente pero si se infieren. Concretamente, hablamos de indicios *involuntarios*, aquellos en los que existe un vínculo causa-efecto natural (por ejemplo, el humo como indicio de fuego o la fiebre de una enfermedad infecciosa) e indicios *voluntarios*, aquellos que no contemplan esta relación natural sino que más bien son generados expresamente por un agente y que pretenden transmitir un significado que va más allá del contenido transmitido.

En el acto comunicativo, estos indicios los genera y expresa voluntariamente el emisor en el proceso denominado ostensión y el receptor los interpreta e integra en el proceso complementario conocido como inferencia (Escandell Vidal, 2005).

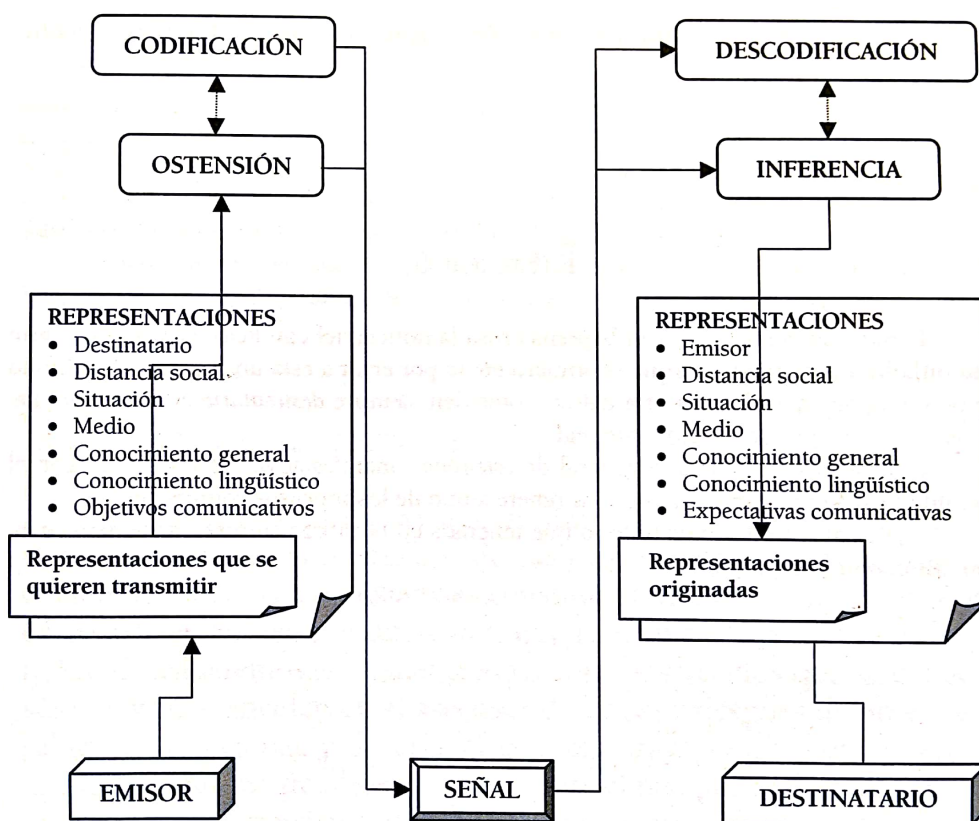


Fig. 1. Esquema de la comunicación propuesto por Mª Victoria Escandell (Escandell Vidal, 2005). Brevemente, el emisor tiene un mensaje sujeto a varios factores, como la situación comunicativa, el medio o el objetivo, que transmite mediante una señal codificada a su destinatario. Éste la recibe, descodifica e infiere en un proceso en el que intervienen otros condicionantes como la distancia social, la situación o el medio, y construye en su mente una representación del mensaje que el emisor le ha querido transmitir.

Respecto a la comunicación inferencial, Paul Grice (1975) alude al *significado no convencional* para explicar cómo es posible comunicar algo sin decirlo explícitamente. Se entiende por significado convencional aquel recogido en el diccionario para definir un término y no convencional aquel que va más allá de la convención léxica, que usamos intencionadamente en un determinado contexto para que el emisor lo infiera. Grice describe el *principio de cooperación* como un principio regulador de la conversación por el que existen una serie de condiciones que permiten al interlocutor comprender al emisor, y de esta manera, la conversación sea coherente. Concretamente, describe cuatro máximas o pautas conductuales que les permiten a los interlocutores conseguir el éxito en el intercambio conversacional; la máxima de cantidad, la máxima de calidad, la máxima de pertinencia y la máxima de modo, o lo que es lo mismo: dar la información justa, verdadera, relevante y de forma clara y ordenada (Grup d'Innovació Docent (UB), 2014). Según el autor, el cumplimiento de estos requisitos permite que los interlocutores comprendan la información y puedan cooperar de manera fluida y ágil (Calsamiglia y Tuson, 2012).

En la entrevista clínica, como en toda comunicación, podemos distinguir los componentes aquí desarrollados: el médico (emisor), el paciente (receptor), la información médica (mensaje), la señal; (verbal y no verbal) y el lenguaje (código), entre otros. Cabe destacar también el *ruido* como elemento presente en el acto comunicativo. Hablamos de ruido cuando nos referimos a toda señal no deseada que recibimos y que acompaña la señal intencional del emisor y entorpece la comunicación real. En el contexto de la entrevista médica, encontramos las interferencias propias del entorno, como la distribución del espacio, interrupciones o llamadas telefónicas, las interferencias cognitivas como podría ser la incapacidad del paciente para expresarse de forma comprensible o convicciones previas sobre la enfermedad, las interferencias emocionales entre las que encontramos la depresión o ansiedad del paciente o el cansancio del médico y finalmente, las interferencias sociales relacionadas con posibles diferencias socioculturales entre el médico y el paciente (Grupo Comunicación y Salud, 2015).

Otro factor esencial propio de contextos como el asistencial es la limitación de tiempo o de motivación. Las prisas o la falta de interés pueden dar pie a una comunicación insuficiente o incluso inapropiada. Los pacientes perciben estas dificultades de comunicación con los profesionales: «cuando un paciente llega a consulta, lo primero que observa aparte del aspecto físico del profesional y del entorno, es su expresión facial, postura, distancia que mantiene, su mirada, etc.; y esta información no verbal permite hacer inferencias rápidas que condicionarán la forma de interactuar con la misma» (Blázquez-Manzano, Feu, Ruiz-Muñoz y Gutiérrez-Caballero, 2012; Guirado Cuadrado, Stewart y López Sáez, 2009).

Entre las posibles deficiencias que pueda haber en la entrevista médica se encuentra el uso de preguntas cerradas («¿Le duele por la mañana, tarde o noche?», «¿Tiene molestia al girar a la derecha o a la izquierda?») que limitan la expresión abierta del paciente o la incapacidad de identificar señales no verbales que este pueda emitir y que finalmente puede ocasionar una desatención de sus necesidades psico-sociales (Blázquez-Manzano et al., 2012). De hecho, según algunos autores, el abordaje de los aspectos psicológicos, emocionales y sociales implicaría de 3 a 6 minutos más de tiempo de consulta (Robinson y Roter, 1999).

El acontecimiento comunicativo también puede ser analizado desde un punto de vista sociolingüístico, que define el tipo de relación funcional[†] que se establece entre los interlocutores que conforman la interacción. En cualquier diálogo los hablantes reconocen cuál es la relación que se establece entre ellos según las normas y conductas comunes que regulan la comunidad lingüística a la que pertenecen. Hablamos por ejemplo de la relación padre-hijo, profesor-alumno o médico-paciente (Fishman, 1995). Estas relaciones funcionales condicionan distintos aspectos del diálogo, como el turno de habla, el contenido o la duración de la intervención (Gallardo Paúls, 1998). Sin embargo, son dinámicas, por lo que pueden variar en el transcurso de la conversación (Fishman, 1995). Fishman distingue dos tipos de relación, las *transaccionales* y las *personales* (o *intersubjetivas*) según su función predominante. En la comunicación transaccional la función o el objetivo prioritario es el intercambio de bienes informativos o informaciones con valor cuantificable, es decir, el contenido del mensaje (por ejemplo, en una tienda) y no el estado psicoemocional de los interlocutores. En la comunicación personal o interaccional, en cambio, lo más importante es el aspecto psicoemocional del emisor y el receptor y no el mensaje o los eventuales bienes informativos que pueda contener. Hablamos de una distinción de gradación jerárquica, una tiende a dominar sobre la otra, pero ambas, en general, pueden coexistir. Existe, además, una variación lingüística distintiva entre un tipo de comunicación y otra, por ejemplo, entre un rey y su súbdito hablamos de una relación transaccional e identificamos una mayor rigidez comunicativa con poca variación conductual y conversacional. A diferencia de ésta, la relación personal es más informal, más fluida y más voluble. Así, mientras el rey y el súbdito están sujetos a sus obligaciones y derechos de forma permanente, dos amigos pueden actuar según sus necesidades y voluntades individuales momentáneas, pudiendo establecer relaciones transaccionales y personales a la vez (Fishman, 1995).

Tradicionalmente, la relación médico-paciente ha sido mayoritariamente de tipo transaccional y ha prevalecido un vínculo asimétrico propio del paternalismo clásico, marcado por el prestigio, la posición

[†] Nota semántica: las relaciones funcionales son una serie de derechos y obligaciones conocidas y aceptadas por los miembros de un mismo sistema socio-cultural. Sociología del lenguaje (Fishman, 1995).

social y el rol de autoridad del médico frente al paciente. Además, los conocimientos técnicos del profesional sanitario favorecen un registro de habla más especializado que dilata todavía más la distancia entre ambos. A este respecto, la Dra. Marisa Cordella de la Universidad de Monash, en Australia, señala que las interacciones asimétricas permiten el uso de un variado número de alternativas discursivas en los actos persuasivos hacia aquellos individuos con menor jerarquía (Cordella, 2002). Sin embargo, el cambio de paradigma del esquema paternalista a favor de una mayor autonomía del paciente parece contribuir a la aparición de un patrón de relación personal en el contexto asistencial que a día de hoy puede co-existir con el transaccional.

Toda interacción conversacional implica una actuación del hablante sobre su interlocutor, es decir, el emisor tiene la intención comunicativa de producir algún tipo de efecto o convencer al receptor. (Streeck, 1979). Este hecho implica una constante valoración de la interacción conversacional; es decir el emisor evalúa el resultado que tiene el mensaje sobre su interlocutor a lo largo de toda la comunicación. En este proceso, el hablante busca provocar en el interlocutor una reacción positiva y para ello usa distintos recursos (Brown y Levinson, 1987), como la construcción de determinados enunciados o la elección de formas lingüísticas que se adapten a la relación establecida en esa conversación. Brown y Levinson definen la *cortesía* como un principio regulador universal de la conducta social que se refleja en el lenguaje de todas las sociedades del mundo. Se trata de una serie de estrategias de bonificación o mitigación que buscan alcanzar y mantener el orden social y la cooperación entre individuos y es fundamental para equilibrar las interacciones humanas (Brown y Levinson, 1987). Escandell la define como «un conjunto de normas sociales establecidas por cada sociedad, que regulan el comportamiento adecuado de sus miembros, prohibiendo algunas formas de conducta y favoreciendo otras» (Calsamiglia y Tuson, 2012).

La cortesía se fundamenta en el concepto de *imagen*, presente en las interacciones sociales y que entendemos como un valor positivo, reputación o respeto que todas las personas reclaman en el marco de la vida en sociedad. Se trata de un rostro o máscara compuesto por la apariencia física y la historia personal de cada uno, donde constan también creencias, deseos, o sentimientos individuales.

Esta idea deriva del concepto de imagen primero desarrollado por Erving Goffman (1967) y posteriormente revisado por Brown y Levinson (1987). Según Goffman, el acto comunicativo es una representación de actores que interpretan su papel en una determinada escena. Hablamos entonces de personajes que van construyendo su identidad en el transcurso de la interacción con otros y la manifiestan a través de la imagen. Goffman define la imagen de un interlocutor como un constructo social y dinámico que parte de la forma en la que los otros le perciben e interpretan su conducta o actuación en una situación comunicativa determinada (Calsamiglia y Tuson, 2012).

Según el esquema de Brown y Levinson (Brown y Levinson, 1987) basada en la teoría de Goffman, cada individuo tiene una imagen pública que proyecta en los demás y que quiere conservar, cuyo objetivo es el de preservar las formas socialmente aceptadas de manifestación de nuestros estados mentales y afectivos. Los autores distinguen dos tipos de imagen: la *imagen positiva* y la *imagen negativa*. La primera expresa la necesidad de ser aceptado y aprobado por otros, y la segunda al deseo de no sufrir imposiciones y actuar libremente.

En general, las personas cooperan y asumen la cooperación de otros, a fin de preservar las imágenes de cada uno. Esta noción asume que las imágenes son vulnerables y su integridad depende de otros. En las situaciones comunicativas se produce un encuentro entre imágenes de cada individuo; las que tienen de sí mismos, las que proyectan a los demás y las imágenes que se derivan del rol que desempeña en ese momento (Urbina, 2016). Dicho de otra manera, en las interacciones interpersonales se pone en riesgo la imagen pública a través de distintos tipos de actos que atentan contra las imágenes del receptor (por ejemplo, recibir órdenes, consejos, críticas o quejas) y del emisor (aceptar las gracias, disculpas o prometer sin querer) (Álvarez Muro, 2007). Ante estas amenazas es cuando cortesía actúa como un mecanismo de salvaguardia de las imágenes de cada uno (Escandell Vidal, 1993).

La protección y promoción de la imagen positiva y negativa da lugar a la *cortesía positiva* y a la *cortesía negativa*, respectivamente. Así, la cortesía positiva defiende la necesidad de una persona de gustar y por lo tanto se refiere a los actos que bonifican la imagen y utilizan principalmente procedimientos intensificadores. Por el contrario, la cortesía negativa se usa para compensar un ataque a la libertad o el territorio del interlocutor. Utiliza sobretodo mecanismos y estrategias de atenuación o mitigación. (Dimitrinka G., 2011). Havertake identifican la primera como la cortesía de la solidaridad y la segunda como la cortesía del distanciamiento, para agilizar su comprensión (Haverkate, 2018).

La intensificación y la atenuación son dos estrategias conversacionales que regulan la relación entre los interlocutores, moduladores que facilitan más o menos la comprensión del contenido en función de cada objetivo. Los intensificadores acentúan o refuerzan argumentos («te juro que», «no tengo ni un duro»), mientras que los atenuadores suavizan o minimizan la amenaza («es que», «quería») (Briz Gómez, 2001).

Brown y Levinson agrupan las estrategias de cortesía en cinco grupos (Dimitrinka G., 2011):

1. Abierta y sin acción reparadora. Ejemplo: «Pásame la sal». Se trata de un acto directivo sin atenuaciones.

2. Abierta con acción reparadora, con cortesía positiva . Ejemplo: «¿Qué tal si nos vamos?». La amenaza aparece en el momento en que el receptor tiene que hacer algo que no quiere. El uso de la primera persona plural tiene un efecto mitigador que protege la imagen positiva del interlocutor.
3. Abierta con acción reparadora, con cortesía negativa. Ejemplo: «¿Podrías devolverme las llaves, por favor?». Las fórmulas de cortesía atenúan la amenaza.
4. Encubierta. Ejemplo: «Está muy oscuro aquí». En este caso la intención del emisor queda oculta y este hecho facilita al receptor una amplia gama de actuaciones que no dañaran su imagen pública ni la del emisor.
5. Evitar el acto amenazante para la imagen y abstenerse así de usar ninguna estrategia de cortesía.

La selección de una estrategia de cortesía u otra depende fundamentalmente de la evaluación que hace el hablante sobre el peso de agresividad de su intención comunicativa y se basa en tres elementos: su relación de poder jerárquico con el interlocutor, es decir, el poder relativo que tiene el oyente sobre el hablante; la distancia social existente entre ambos y el grado de imposición o valor de gravedad que tiene una imposición que ataca a la imagen en una determinada cultura.

En la entrevista clínica, el profesional médico tiene una intención comunicativa que es la de promover una mejoría de la salud de la persona a quien está atendiendo. Para lograr éxito en su propósito, el médico busca convencer al paciente, quien en última instancia puede percibir cierta imposición que atenta su imagen negativa. Este componente agresivo en el mensaje puede suavizarse mediante el uso de distintas estrategias de cortesía lingüística, tacto, empatía o el uso de términos o un registro adecuado al paciente, que finalmente generen confianza en el paciente (Brown y Levinson, 1987). Elementos que en definitiva protegen su imagen y la del paciente, como por ejemplo, dirigirse a este último por el nombre de pila, agradecerle su cooperación u ofrecerle más de una opción terapéutica para que pueda elegir.

La Dra. Marisa Cordella distingue tres tipos de voces diferentes en el discurso médico: la voz Médica, la voz Educadora y la voz Empática (Cepeda, 2006).

La voz Médica pretende buscar información sobre la condición de salud del paciente y se limita a preguntas directas e indagaciones al paciente. La voz Educadora, sin embargo, está vinculada con el conocimiento médico adquirido durante la formación profesional y comprende todas aquellas explicaciones médicas respecto a la enfermedad del paciente, hechos científicos, explicaciones sobre el tratamiento o exámenes diagnósticos. Esta voz se usa para recomendar el tratamiento a seguir y

persuadir al paciente para que acepte la recomendación médica, es decir, entremezcla educación y persuasión. El médico comparte su conocimiento sobre términos médicos, facilitándole al paciente entender su aflicción y ayudándole a incorporar una competencia médica relativa a su condición de salud. En este sentido, es de gran importancia la voz Educadora porque al adquirir el paciente un conocimiento sobre su enfermedad, también desarrolla el potencial de negociar sobre el proceso de decisión acerca de las opciones terapéuticas (Cordella, 2002). Por último, la voz Empática difiere de las dos anteriores porque no se concentra en la información propiamente médica ni hacer comprender al paciente su estado de salud. Con esta voz el médico reconoce al paciente como persona; un individuo con vínculos socioculturales que padece una condición de salud que lo clasifica tácitamente como paciente. Esta forma de habla pretende mostrar empatía y ayudar al paciente a expresar sus preocupaciones y emociones, incentivarle a hablar con una gran escucha e interés (Cordella, 2002). En su estudio, la Dra. Cordella identifica cinco elementos en el discurso empático que hace el médico: ayudar al paciente en la narración de su propia historia, cooperar con este último, crear empatía, mostrar atención y hacer preguntas sobre su condición de salud (Cordella, 2002).

Este tipo de voz recuerda al modelo de Comunicación no violenta (CNV) desarrollado por Marshall Rosenberg (1934- 2015) el año 1960 como instrumento de resolución de conflictos (Cordella, 2002). Rosenberg define la Comunicación no violenta (CNV) como una herramienta para lograr interacciones más fluidas, efectivas y coherentes con los valores de cada uno, que se cimienta en la empatía, la solidaridad y la compasión. Propone cuatro puntos clave para conseguir establecer una CNV (Rosenberg, 2006).

El primer componente es el de separar la observación de la evaluación y hacer una escucha sincera, libre de generalizaciones estáticas, juicios, críticas y otras formas de análisis.

En segundo lugar, nos habla de identificar y expresar los sentimientos de cada uno a fin de exponer la propia vulnerabilidad. En lugar de adoptar una actitud estrictamente lógica, racional y poco emotiva, expresar los verdaderos sentimientos como herramienta para solventar situaciones de comunicación difíciles.

El tercer elemento implica asumir la responsabilidad de los sentimientos de cada uno; nada de lo que hacen o dicen los demás es la causa de un sentimiento propio sino, más bien un estímulo. Rosenberg explica que los sentimientos que provoca una interacción comunicativa son el resultado de las expectativas y necesidades de cada uno. A este respecto, define el término libertad emocional cuando hay aceptación de las intenciones y acciones propias expresando claramente las necesidades de cada uno sin miedo, culpa o vergüenza.

El cuarto y último componente se trata de formular de manera clara y concreta peticiones conscientes a los demás para satisfacer necesidades propias. En este punto queda implícita la concienciación de las necesidades auténticas de cada uno y la petición honesta de ayuda.

La Comunicación no violenta (CNV) constituye un lenguaje dinámico que permite reestructurar la tanto la forma de expresarse como la de escuchar a los demás, y tienen el objetivo de alcanzar una mejor comprensión de uno mismo y establecer así una relación más efectiva con otras personas (Rosenberg, 2006).

La comunicación establecida en las visitas médicas configura una interacción conflictiva en la mayoría de las ocasiones, en la medida en que se habla de cuestiones relativas al empeoramiento de la salud y el bienestar del paciente, con un importante componente emocional. Más allá de la oposición que pueda mostrar la persona atendida en relación a la elección de medidas terapéuticas, pruebas clínicas o recomendaciones médicas, el solo hecho de recibir una información potencialmente dolorosa como el diagnóstico de una enfermedad puede suponer un obstáculo para la cooperación con su médico y distanciar a ambos interlocutores. Así, la entrevista clínica de las citaciones médicas representa un escenario clave para establecer las bases de una relación asistencial efectiva, cooperativa, consciente y compasiva. Siguiendo el concepto desarrollado por Marshall Rosenberg, para que esto sea así, es imprescindible que exista una comunicación honesta y empática y que el objetivo del médico trascienda la enfermedad fisiológica del paciente. En este sentido, que el médico pueda interesarse por el estado emocional, la manera en la que el paciente se enfrenta a su enfermedad, sus necesidades y motivaciones o incluso la frustración y dolor que ha desencadenado el diagnóstico puede fortalecer no solamente el vínculo entre ambos, sino el estado emocional (y físico) de ambos.

Según las premisas de Rosenberg, el médico debe, en primer lugar, observar sin evaluar de manera sincera y objetiva, sin influir en el criterio del paciente ni anticipar sus respuestas, para que la información que aporte en la consulta sea franca y genuina. En segundo lugar, reconocer y mostrar sus sentimientos; por ejemplo: expresar gratitud hacia el paciente para reforzar la actitud empática y fomentar un vínculo de proximidad y confianza en la que este pueda expresar su malestar con franqueza. En tercer lugar, identificar las necesidades y sentimientos propios y distinguirlos de los del paciente, como por ejemplo en el caso de que el médico pueda verse emocionalmente afectado por el diagnóstico del paciente y condicionar su conducta y trato hacia él. Finalmente, expresar las necesidades de manera concisa y clara empleando un lenguaje positivo para que el paciente entienda claramente lo que el médico quiere de él, por ejemplo: «voy a examinarle la boca y obtener una muestra para analizar...» en lugar de «saque la lengua».

A lo largo de este apartado nos hemos referido a *empatía* como un elemento fundamental de la voz pasiva que definía la Dra. Cordella o de la Comunicación no violenta de Rosenberg. No existe una

definición consensuada sobre el término ya que varía en función de la perspectiva teórica desde la que se analiza y varios autores debaten actualmente la posibilidad de construir una definición unívoca que integre varias disciplinas (Rosenberg, 2006).

De la empatía Rosenberg dice que consiste en una comprensión respetuosa de lo que los demás están experimentando y exponiendo, centrando toda la atención en el mensaje que transmiten. Señala que no incluye la perspectiva intelectual que busca dar consejos, ni tampoco la compasión ante lo que le ocurre al interlocutor, sino más bien la presencia, la capacidad de estar totalmente presentes con la otra persona y lo que está sintiendo. Como recurso empático, Rosenberg propone parafrasear para verificar que se ha comprendido correctamente la información del interlocutor.

Otros autores (Muñoz Zapata y Chaves Castaño, 2013) añaden que la respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar a partir de lo que observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir alegría, tristeza, miedo, rabia o ansiedad.

La empatía parece relacionarse con diferencias individuales, tales como la personalidad y el género, sin embargo, los resultados de las investigaciones realizadas hasta ahora parecen insuficientes para hacer conclusiones definitivas sobre las interrelaciones concretas entre la empatía y las variables de personalidad y/o el género, ya que parten de diferentes conceptualizaciones de la empatía y, en consecuencia, emplean distintas medidas para evaluarla (Davis, 1996).

La empatía es un elemento clave en un tipo de relación asistencial democrática, que respete la autonomía del paciente. Es importante que el médico transmita al paciente la libertad de poder hacer o decidir lo que considere en todo momento, de no ser así, si el médico transmite una exigencia, la empatía se bloquea (López, Filippetti y Richaud, 2014). La escucha empática por parte del médico es una potente herramienta clínica que, entre otros aspectos, puede proporcionarle un mejor conocimiento del paciente y ayudarlo a adaptar el lenguaje para que éste pueda comprenderle mejor.

Algunos autores alertan, sin embargo, que la apreciación empática por parte del médico pueda ocasionar rechazo al paciente. Hay ocasiones en las que la persona atendida puede mostrar ciertas resistencias y experimentar la proximidad del médico como un ataque o incluso una invasión de la intimidad, no solo de forma puntual sino también de manera persistente. En estas ocasiones el médico debe empatizar con este bloqueo para poder llegar al paciente (Rosenberg, 2006).

Éste es un ejemplo más que pone de manifiesto la necesidad del médico de disponer de una amplia gama de recursos y estrategias para dirigir cada entrevista clínica en función de cada paciente. El uso de una sola aproximación comunicativa es una estrategia pobre y rígida que puede resultar ineficaz

en el trato asistencial. Por este motivo es imprescindible que la escucha e observación del médico sea abierta, atenta y sin evaluaciones anticipadas; pacientes con la misma dolencia pueden manifestar necesidades muy diferentes. Para que esto sea posible, es esencial que el profesional sanitario disponga de una formación específica que le garantice una amplia gama de recursos y destrezas comunicativas.

IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El modelo paternalista ha predominado históricamente en la relación médico-paciente. En las últimas décadas las sociedades han experimentado cambios substanciales que han puesto de manifiesto ciertas carencias comunicacionales propias del paternalismo clásico dentro del ámbito asistencial. Aunque este patrón sigue persistiendo en menor medida, a día de hoy se reconoce globalmente que nos encontramos en pleno cambio de paradigma a favor de una mayor autonomía del paciente y en el que la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente tiene un rol fundamental en la práctica clínica. Ahora bien, por el momento, la comunidad médica no incluye la formación específica de habilidades comunicativas en su programa docente ni el médico percibe una pérdida de confianza por parte del paciente en su práctica clínica regular.

La hipótesis del presente proyecto sugiere que la comunicación médico-paciente, en la actualidad, no es completamente satisfactoria para el paciente, que acusa cierta privación de autonomía y carencia de empatía por parte del profesional sanitario.

Objetivo

Analizar distintos parámetros comunicativos propios de la relación médico-paciente actual de un hospital local de referencia, tanto desde la perspectiva de la persona atendida como del profesional sanitario que la atiende en la consulta médica.

Objetivos específicos

1. Identificar el grado de autonomía del paciente según su experiencia y la del médico.
2. Detectar el nivel de proximidad existente entre ambos, desde la vivencia de uno y otro.
3. Analizar potenciales factores como la edad o el género, entre otros, que pueden influenciar en la percepción de la calidad comunicativa.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Muestra

Durante el mes de junio de 2019 se reunieron un total de 127 participantes: 24 médicos que estaban trabajando en Consultas Externas de Cardiología del Hospital Clínic de Barcelona y 103 pacientes que fueron atendidos en su consulta durante ese periodo.

Para calcular el tamaño muestral necesario para obtener una muestra representativa para cada grupo, se aplicó la fórmula para poblaciones finitas:
$$n = \frac{\sigma^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$
 En la que «n» corresponde al tamaño muestral a estudiar, «σ» es el nivel de confianza, «N» la población total, «p» la probabilidad a favor, «q» la probabilidad en contra y «e» el error de estimación. Para el caso de los dos grupos de población se asumió una heterogeneidad o dispersión de la población del 50%, nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Según datos procedentes de la memoria del 2018 facilitada por el Institut Clínic Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona, en Consultas Externas se atendió una media de 148 personas durante el mes de junio. De esta manera, se estima un tamaño muestral recomendado de 101 pacientes.

Por lo que respecta al otro grupo, actualmente el hospital dispone de 26 médicos especialistas en Cardiología que conformarían la población total. Así, se recomienda que para obtener una muestra representativa, se incluyan 25 participantes.

Durante el periodo del mes de junio se alcanzó el tamaño muestral requerido, quedando dos grupos constituidos por 103 pacientes y 24 médicos, 127 participantes totales.

Los criterios de inclusión en los dos grupos muestrales fueron los siguientes:

- Médicos: médicos especialistas asistenciales en activo que se encontraban trabajando en Consultas externas del Servicio de Cardiología del Hospital Clínic de Barcelona durante el mes de junio de 2019.

- Pacientes: personas que voluntariamente accedieran a contestar la encuesta del estudio, mayores de 18 años que hablaran castellano y/o catalán, que durante el mismo periodo atendieran a las consultas donde ejercían los médicos del grupo anterior y que hubieran recibido atención asistencial los últimos 5 meses como mínimo. Se excluyeron aquellos pacientes de edad muy avanzada o que refirieron cansancio o malestar, los que no pudieron terminar la encuesta o los que se negaron verbalmente a participar en el estudio.

2. Encuestas

Se diseñó un cuestionario dirigido al profesional sanitario (ver **Anexo**) y otro a las personas atendidas (ver **Anexo**) de 33 y 31 preguntas, respectivamente, que evaluaban distintos parámetros relativos a la comunicación y la relación entre ambos en la entrevista clínica de la visita médica, a la que acudieron los pacientes mediante citación previa. Las encuestas incluían preguntas relativas a los usos de cortesía positiva, proximidad física, contacto visual, uso de lenguaje técnico, expresión facial y corporal, comprensión, empatía y confort o satisfacción. Los participantes contestaron a las preguntas con una puntuación de 1 a 6, siendo la puntuación más baja «nunca» y la más alta «siempre».

Antes de distribuir las encuestas definitivas a los dos grupos se realizó una prueba a dos grupos focales de tres participantes por cada grupo (médicos y pacientes del mismo hospital de otras especialidades). Tanto los de un grupo focal como los de otro pudieron responder bien a las preguntas y no manifestaron dudas respecto a las preguntas realizadas.

Las encuestas a los pacientes se realizaron en la misma sala de espera de Consultas externas (planta quinta del número 161 de la calle Rosellón, Barcelona), antes de que fueran llamados para su visita médica, y las encuestas a los médicos se hicieron en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínic (planta cuarta del número 170 de la calle Villarroel, Barcelona).

3. Consideraciones éticas

El estudio se aprobó por el Comité Ético del Hospital Clínic de Barcelona el 22 de mayo de 2019 (ver **Anexo**). De esta manera, queda garantizado que el protocolo cumple los requisitos necesarios de idoneidad, se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos del centro y quedan justificadas las molestias que pudiera ocasionar.

A todos los participantes, antes de ser encuestados, se les explicó el procedimiento; se les informó que se trataba de una encuesta de participación voluntaria, anónima, confidencial y de que su uso quedaría exclusivamente limitado a investigación. Además, en todo momento se les dio libertad para abandonar el estudio. Las encuestas sin terminar fueron excluidas en el posterior análisis estadístico.

4. Análisis estadístico

La comparación estadística se ha realizado sobre los valores promedios de cada grupo o entre promedios de subgrupos dentro de cada muestra.

Para el promedio de las respuestas de pacientes o médicos del apartado de Autonomía, se han incluido las respuestas de las siguientes ocho preguntas: si el médico pregunta si quiere que el acompañante escuche lo que va a decir, si se presentan los médicos adicionales presentes en la consulta, si le piden permiso para que haya más médicos, cómo proceder si la enfermedad empeora, si se ofrece más de una opción terapéutica, si el médico anima a preguntar al paciente, si el paciente siente la libertad de exponer sus dudas y si el médico ofrece teléfono o correo electrónico de contacto. Se ha establecido que la puntuación de 1 se interpreta como una relación paternalista y 6 una democrática, siendo los demás valores puntos intermedios.

Para el apartado de Proximidad se han incluido las respuestas de las siguientes dieciocho preguntas: si hay contacto físico de cercanía, si hay más médicos en la consulta, si se usa el nombre de pila, si se utiliza lenguaje técnico, si existe contacto visual, si el médico adopta una postura abierta, si mira al ordenador, si gestualiza en sus explicaciones, si hace pausas para escuchar al paciente, si le pregunta sobre estado de ánimo, si muestra interés y empatía, si comparte experiencias personales con el paciente, si agradece su cooperación, si el paciente se molesta, si se encuentran cómodos en la consulta, si hay una mesa entre ambos, si el tiempo de consulta es escaso, si el paciente tiene que esperar mucho hasta ser llamado. Concretamente se ha establecido que 1 es la máxima puntuación de distanciamiento y 6 la de proximidad. Para algunas preguntas, mayor puntuación (6) implicaba mayor distanciamiento de manera que ha sido necesario adaptar los valores a una escala en la que 6 es el valor máximo de proximidad. Las respuestas cuyo valor promedio se ha modificado han sido: si hay más médicos en la consulta, el uso de lenguaje técnico, la mirada al ordenador, si el paciente se molesta, si hay una mesa entre ambos, si el tiempo de consulta es escaso, si el paciente debe esperar más de quince minutos antes de entrar a consulta. De esta manera, un promedio de 1,5 para una determinada pregunta, pasa a ser 5,5.

Los datos se analizaron con el programa IBM® SPSS® Statistics versión 26. Para comparar los promedios de las respuestas entre el grupo de pacientes y el de médicos, o dentro del mismo grupo entre sí, se usó el test de t-Student para variables con distribución normal y U-Mann-Whitney para las que no seguían este patrón.

La significación estadística se estableció a partir de $p < 0,05$ y el nivel de confianza en 95%.

VI. RESULTADOS

El presente trabajo tiene el objetivo fundamental de evaluar la comunicación entre el médico y el paciente en la consulta médica desde una perspectiva emocional, que establece la proximidad que pueda haber entre los interlocutores y otra racional, que se rige por los derechos del paciente y el respeto por su autonomía.

Para ello, en primer lugar hemos prestado especial atención a distintos elementos propios de la voz empática médica que define la Dra. Cordella (Wachtel, 1996), como ayudar al paciente en la narración de su propia historia, cooperar con este último, crear empatía o mostrar atención. En esta misma línea, también hemos analizado la presencia de aquellas estrategias de cortesía que le permiten al médico acercarse al paciente (Cordella, 2002).

En segundo lugar, en la encuesta se incluyen también preguntas que ayudan a comprender el tipo de modelo que rige la relación establecida entre médico y paciente y conocer el rol que ocupan ambos interlocutores. Estas preguntas evalúan fundamentalmente la autonomía o agencia del paciente.

Hablamos de autonomía, según Immanuel Kant, cuando «el sujeto se da a sí mismo sus propias leyes y es capaz de cumplirlas» (Brown y Levinson, 1987). Para Beauchamp y Childress, hay autonomía cuando la persona actúa *libremente* con independencia de cualquier influencia que pueda afectar su acto y cuando esta se ejerce como un *agente*, es decir, con plena capacidad para la acción intencional (Kant, 1980). Donald Davidson define la *acción intencional* y la distingue de los demás sucesos cuando está originada por razones, premisas o deseos de la persona. En este sentido, la descripción de la acción cumple dos requisitos, por un lado debe tener motivos que la justifiquen y por el otro lado deben también causarla (Malpas, 1997).

Así, las preguntas que hemos relacionado con la autonomía o agencia evalúan parámetros como la libertad del paciente para tomar decisiones, preguntar dudas o pedir aclaraciones, tener acceso a toda la información médica que le afecta, la confidencialidad y el respeto por su intimidad y a una comunicación comprensible por parte del médico.

En esta sección clasificamos las preguntas de las encuestas en base a los dos criterios de autonomía o agencia y empatía o proximidad, es decir, aquellas referidas al paciente en clave racional, que le identifican como agente que actúa con autonomía y libertad, y aquellas referidas al paciente en clave emocional, que evalúan la empatía y proximidad que muestra el médico, respectivamente.

Esta clasificación, de entre otras posibles, agiliza el análisis de los resultados y permite hacer una interpretación global de los datos obtenidos. Ahora bien, se trata subdivisión relativa y abierta que admite distintas interpretaciones de las aquí mostradas.

1. Estudio de pacientes

1.1 Características de la muestra

Se encuestaron un total de 125 pacientes de Consultas Externas de Cardiología del Hospital Clínic de Barcelona (**Tabla 2**). Veintidós de estas encuestas fueron excluidas por tratarse principalmente de primeras visitas. El número restante de participantes (103), en el momento de la encuesta hacía al menos 6 meses que se visitaban en esa consulta, concretamente, una media de 6,5 años (hasta 27 años, el máximo registrado en el estudio).

La media de edad de los pacientes es de 61 años (de 19 a 90 años) y la mayoría de ellos son hombres (66%). La mitad de participantes son trabajadores activos (47,6%) respecto a las personas ya jubiladas (41,7%) o que se encuentran cobrando el subsidio o de baja laboral (10,7%). El perfil de estudios académicos de la muestra está repartido en estudios primarios, secundarios y superiores de manera similar (31,1%, 32,0% y 36,9%, respectivamente). La mitad de los participantes está relacionada con el sector sanitario ya sea de manera directa, por ejemplo por tener un trabajo en sanidad, o de manera indirecta a través de un familiar cercano. La mayoría de los pacientes (89,3%) han estado ingresados en el hospital al menos una vez y hace una media de 6,5 años que son visitados en consultas externas. Un 87,4% de los pacientes son atendidos por el mismo médico, al menos desde los últimos 3 meses, con un máximo de 19 años y, el médico que les atiende es mujer en un 29,1% de los casos.

Tabla 2. Características de los pacientes del estudio (N=103)

Variables	N= 103
Edad (años, media, SD)	61,2 ± 14,7
Sexo (femenino)	34%
Profesión	
Activo	47,6%
Jubilado	41,7%
Otros	10,7%
Estudios	
Primaria	31,1%
Secundaria	32,0%
Superior	36,9%
Relación con el sector sanitario	47,6%
Ingreso hospitalario	89,3%
Visita en la misma consulta (años, media, SD)	6,5±7,3X
Consulta con el mismo médico	87,4%
Tiempo (años, media, SD)	5±5,6
Sexo del médico (femenino)	29,1%

De los datos descriptivos de los pacientes se deriva que la muestra está constituida por adultos mayores (muchos de ellos ya jubilados) y mayoritariamente de sexo masculino, por lo que, aunque se trate de una muestra representativa de los pacientes que acuden a esta consulta de cardiología, existe un sesgo con respecto al total de la población y por lo tanto la interpretación de los resultados deberá limitarse a esta especialidad y no será extrapolable a otras con un perfil de pacientes distinto. Cabe destacar que la mayoría de ellos han estado ingresados y sufren alguna enfermedad de larga duración por lo que podríamos decir que todo indica que se trata una muestra representativa de pacientes crónicos.

1.2 Resultados de las encuestas de pacientes

1.2.1 Autonomía/agencia

En este apartado se analizan algunos aspectos relativos a la autonomía del paciente y, por ende, al tipo de modelo relacional establecido con su médico. Tal y como se muestra en la **Fig. 2**, una mayoría de los pacientes (55%) van, siempre o a menudo, acompañados de un familiar, amigo o conocido, especialmente los mayores de 60 años. Entre estos pacientes, un 63% afirman que el médico no les pregunta si quieren que el acompañante escuche la información que va a dar.

Si bien el hecho de estar dentro de la consulta puede hacer pensar al médico que el paciente ya ha autorizado al acompañante a escuchar los resultados clínicos, en la mayoría de ocasiones el paciente ignora qué información se le va a transmitir y, en ocasiones, puede incluso no haber dado su consentimiento para que una tercera persona esté presente. Compartir datos relativos a la salud con terceras personas podría atentar la intimidad, la confidencialidad y la autonomía de la persona atendida y bastaría con pedirle el consentimiento expreso en la misma consulta para evitarlo. Cabe destacar, sin embargo que la Ley General de Sanidad publicada el año 2002 recoge en el artículo 5.1: «También serán informadas las personas vinculadas a él (paciente), por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita». El hecho de que se reconozca el consentimiento tácito puede dar lugar a tergiversaciones y malentendidos que vulnerarían el derecho de confidencialidad de la persona atendida.

En aquellos casos en los que, además del médico habitual, hay otro/s médico/s en la consulta (por ejemplo, médicos en formación o especialistas que pueden asesorar), el 35% de pacientes defienden que los profesionales sanitarios se presentan siempre o a menudo (15%). Sin embargo, el restante 50% señala que no lo hacen nunca o en pocas ocasiones. Asimismo, más del 50% de los pacientes manifiestan que generalmente no se les pide permiso para que el médico esté presente en la consulta

(Fig. 3, superior), hecho que de nuevo podría vulnerar la confidencialidad e intimidad del paciente y, por ende, también su autonomía.

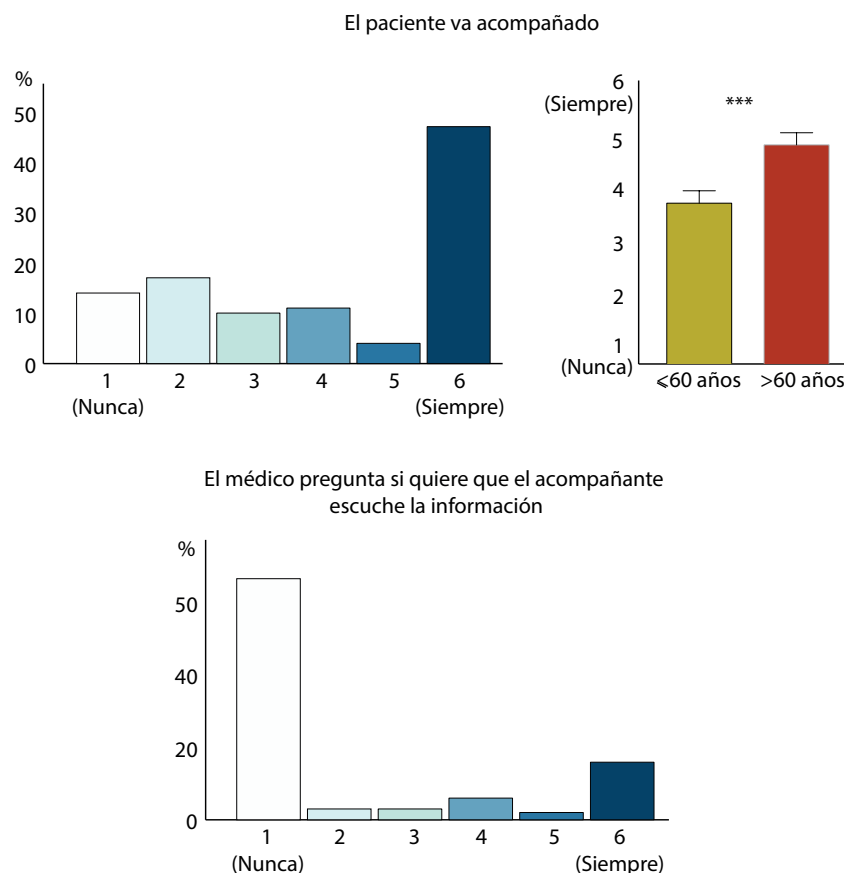


Fig. 2. Pacientes que acuden a la consulta médica acompañados de un familiar o amigo. Porcentaje total de pacientes para cada una de las puntuaciones (izquierda, superior). Puntuación media y desviación estándar de los pacientes de 60 años o menores y de los pacientes mayores de 60 años (derecha, superior). T-student, $p < 0,001$ (***). Porcentaje total de pacientes que su médico les pregunta si quieren que el acompañante escuche la información clínica que va a dar (inferior).

Además de ser un derecho del paciente conocer la identidad de los médicos que le atienden, presentar a los especialistas asistentes en la consulta e incluso informar a la persona atendida de los motivos por los que están presentes puede entenderse como una forma de pedir su consentimiento tácito.

Por otro lado, una mayoría de los pacientes (63%) expresa recibir información acerca del procedimiento a seguir en caso de que su enfermedad empeorase bruscamente (Fig. 3). Siguiendo en esta línea, sin embargo, más del 50% declara que el médico solo les plantea una opción terapéutica (Fig. 3). Este punto es propio del modelo paternalista según el que el médico no transmite al paciente la información médica que no considera estrictamente relevante (como podrían ser otros tratamientos), y de esta manera, la decisión clínica la hace el profesional sanitario, ya sea activa o pasivamente.

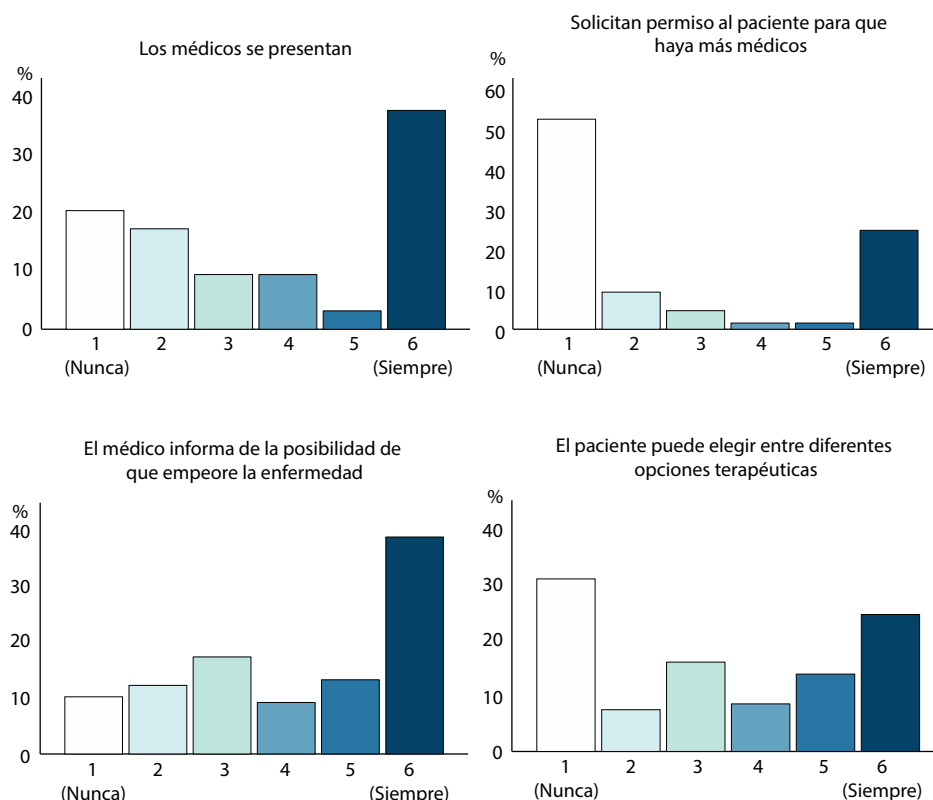


Fig. 3. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a su autonomía en la consulta médica.

Otro de los aspectos relevantes alrededor del concepto de autonomía del paciente es la comprensión que éste alcanza de la información médica recibida, aspecto esencial para que el paciente pueda actuar como agente y tomar sus propias decisiones. A este respecto, un 70% de los pacientes defiende que el médico les anima a hacer preguntas durante la consulta clínica, y este porcentaje aumenta hasta el 90% cuando se les pregunta si sienten la libertad de expresar sus dudas. (**Fig. 4, superior**) En este sentido, la diferencia de porcentajes indicaría que aunque el médico no anime activamente al paciente a hacer preguntas, éste siente el derecho de poder hacerlo independientemente.

Por último, más del 60% de pacientes manifiesta que el médico nunca les da su número de teléfono o su correo electrónico para poder resolver las dudas que les puedan surgir posteriormente, a raíz de la información recibida en la consulta clínica. La integración de nuevos canales de comunicación como el teléfono, correo electrónico o incluso mensajería instantánea no puede substituir una interacción presencial entre un paciente y su médico en un entorno clínico. Sin embargo, estudios recientes han demostrado la incorporación de nuevas vías de comunicación que complementan la atención clínica directa incrementa la satisfacción general de los pacientes y disminuye su asistencia a los centros sanitarios (Beauchamp y Childress, 1999). Según los médicos, siempre que se establecen unos límites horarios y unos plazos de respuesta razonables, su uso mejora la relación con el paciente, ahorra tiempo y mejora el seguimiento clínico (Baer, 2011; Calderón, Valenzuela, Viviana y Espinoza, 2018).

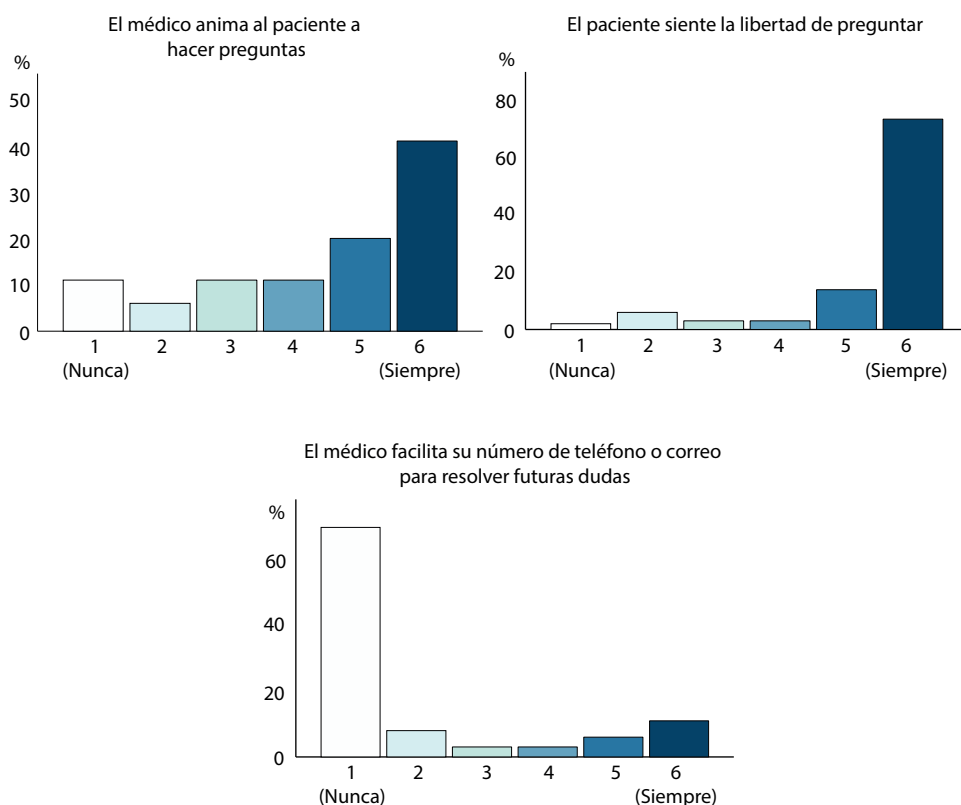


Fig. 4. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a su autonomía en la consulta médica.

El promedio de las respuestas obtenidas del total de las ocho preguntas analizadas en este apartado es de 3,5 (entre 1-6). Aunque se trata de un esbozo preliminar del tipo de modelo relacional que rige la relación médico paciente de esta consulta de cardiología, todo parece apuntar que existe un patrón intermedio entre el modelo estrictamente paternalista (promedio de 1) y el democrático (promedio de 6) descritos por Lázaro y García (Dash, Haller, Sommer y Junod Perron, 2016). Además, ni la edad, ni el sexo, ni su nivel de estudios parece condicionar las respuestas aquí descritas (en pacientes que acuden a esta consulta). Esto podría deberse a que se trata de una muestra muy homogénea, mayoritariamente compuesta por hombres mayores de 60 años, que no permite detectar diferencias entre estos factores, ya que la división por edades o género resulta en grupos sesgados.

1.2.2 Proximidad

En esta sección se analizará la presencia de elementos propios de la voz empática, verbal y no verbal, entre los que se incluyen distintas estrategias de cortesía que facilitan la aproximación entre ambos interlocutores. Principalmente analizaremos los recursos que utiliza el médico.

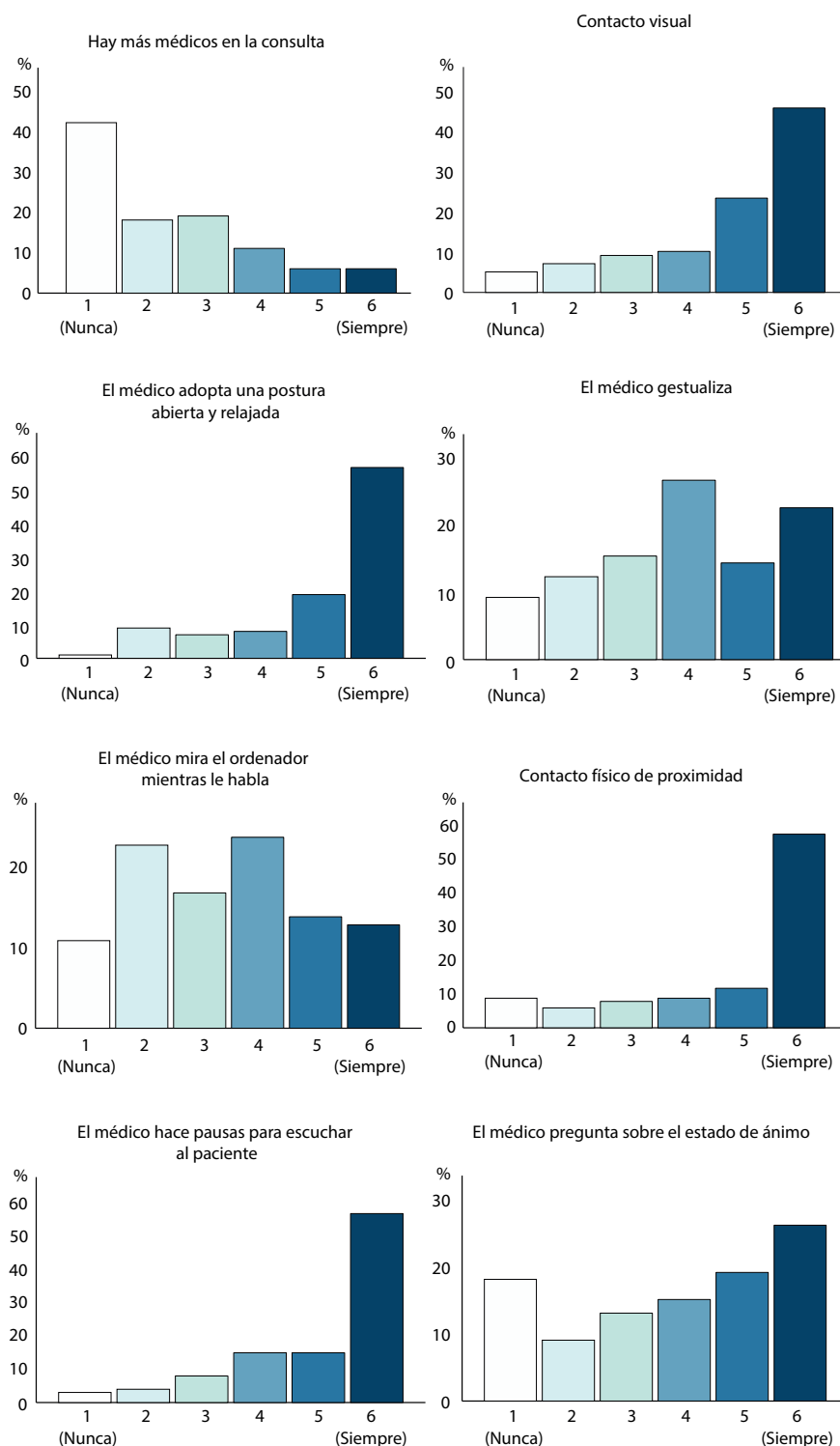


Fig. 5. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a la proximidad.

Como podemos observar en la **Fig. 5**, un 82% de los pacientes aseguran que siempre o la mayoría de las veces les atiende un solo médico en la consulta. Este factor favorece la creación de entorno de mayor confianza, ya que la presencia de otros especialistas o asistentes temporales puede afectar la proximidad entre ambos y atender a la intimidad del paciente. En la misma figura, se advierte también

que los pacientes manifiestan un gran contacto visual y físico con su médico y que éste último adopta mayoritariamente una postura abierta y relajada que invita a la comunicación. No obstante, el 50% de los pacientes advierten que el médico mira el ordenador siempre o a menudo, hecho que puede interrumpir el vínculo comunicativo entre ambos.

Por otro lado, también se observa una gran heterogeneidad de opiniones respecto al uso de gestos que acompañan las explicaciones médicas del profesional sanitario para facilitar la comprensión por parte del paciente. Concretamente, un 59% apunta que el médico gestualiza, siempre o a menudo, cuando hace sus explicaciones.

Otro de los aspectos a destacar es la amplia mayoría de pacientes (87%) que consideran que el médico hace pausas para escucharles, siempre o a menudo. No obstante, este porcentaje cae al 57% cuando se les pregunta si el médico se interesa por su estado de ánimo.

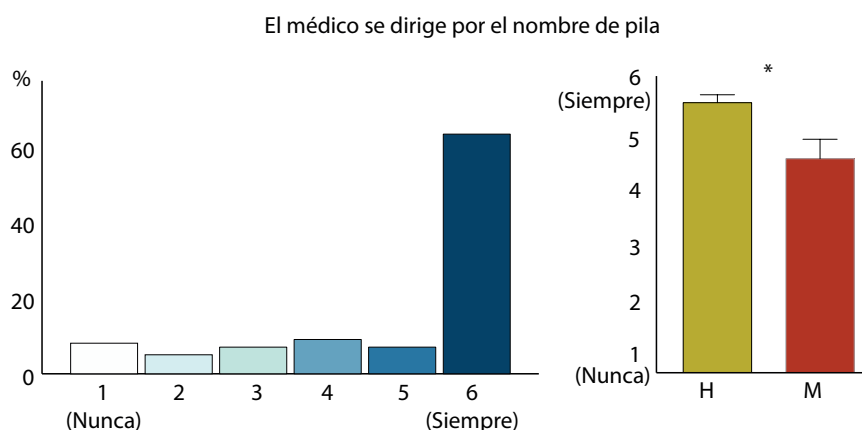


Fig. 6. Uso del nombre de pila. Valoración de los pacientes respecto al uso del nombre de pila para cada una de las puntuaciones (izquierda). Puntuación media y desviación estándar de los pacientes hombres (H) y mujeres (M) (derecha). T-student, $p < 0,05$ (*).

El uso del nombre de pila apela a la imagen positiva del paciente y se reconoce como una estrategia de cortesía positiva. A este respecto, más del 80% de los pacientes manifiestan que el médico siempre o habitualmente se dirige a ellos por el nombre de pila (**Fig. 6**). También en la misma figura se observa que, según los pacientes, los médicos no utilizan un lenguaje técnico cuando hacen sus explicaciones, nunca o en pocas ocasiones, en un 86% de los casos. En la misma línea, la mayoría de los pacientes apuntan que el médico les agradece la cooperación, muestra comprensión e interés hacia ellos y es generalmente empático. No obstante, un 79% de los pacientes manifiesta que nunca o prácticamente nunca el médico comparte experiencias personales con ellos, hecho que puede deberse a la distancia jerárquica que existe entre ambos o a una barrera emocional impuesta por el médico (**Fig. 7**).

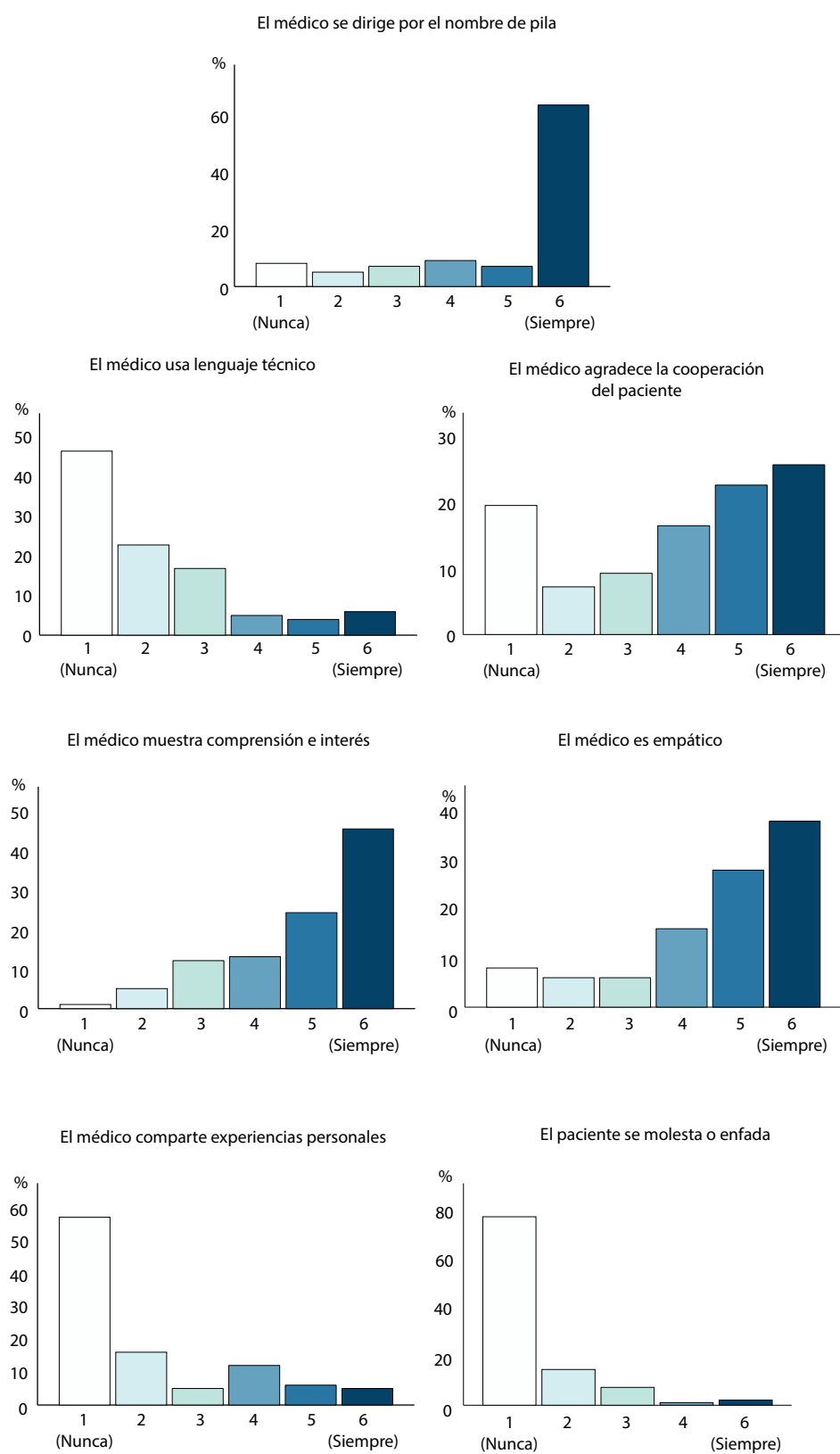


Fig. 7. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a la proximidad.

Globalmente, casi ninguno de los pacientes encuestados declara enfadarse en la consulta médica (solo un 4% lo hace siempre o a veces).

En la siguiente figura (8) se recogen los resultados de preguntas relativas a elementos ajenos a la conducta del médico, como son el tiempo y el espacio de la consulta. Como se muestra en la figura, el 98% de los pacientes manifiesta que siempre o en la mayoría de las ocasiones hay una mesa que le separa del profesional sanitario que le atiende. Esta separación física actúa como una línea divisoria del espacio interpersonal y favorece el distanciamiento jerárquico, situando el estatus del médico como superior al del paciente (Blázquez-Manzano et al., 2012). No obstante, llama la atención que un 82% de los pacientes considera que la existencia de una mesa entre ambos no interfiere en la calidad de la comunicación con el médico, y no creen que retirar la mesa pudiera mejorar la relación entre ambos. De hecho, el 81% manifiesta estar cómodo en la consulta en la mayoría de las ocasiones.

Otro de los aspectos a destacar es la gestión del tiempo. Algunos estudios apuntan que los pacientes sienten que se les atiende poco tiempo en consulta (Lázaro y Gracia, 2006) e impuntualidad por parte de los profesionales sanitarios, siendo éste un factor clave en la insatisfacción de los usuarios y trabajadores (Blázquez-Manzano et al., 2012). Las largas esperas se interpretan también como parte de la conducta no verbal y son motivo de distanciamiento entre los interlocutores. Como se deriva de la **Figura 8**, un 92% de los pacientes manifiestan haber esperado más de 15 min antes de entrar en la consulta, siempre o a menudo. Cabe destacar que aunque no se recoge en los resultados gráficos, eran habituales las quejas escritas o expresadas verbalmente respecto al tiempo de espera excesivo. Llama la atención, sin embargo, que cuando se pregunta a los pacientes acerca de la limitación del tiempo de consulta, no hay una posición clara al respecto. Mientras la mitad de ellos manifiesta un tiempo de consulta escaso, la otra mitad afirma que es suficiente. De la misma manera, esta disparidad de opiniones se mantiene cuando se les pregunta si más tiempo mejoraría la relación con su médico: mientras el 50% opina que no, el otro 50% considera que podría ayudar.

El promedio de las respuestas obtenidas del total de diecinueve de las preguntas analizadas en este apartado es de 4,07, siendo 1 la mínima y 6 la máxima puntuación de proximidad entre el médico y el paciente. Tampoco en este apartado existen diferencias significativas debidas a la edad, al sexo o al nivel de estudios.

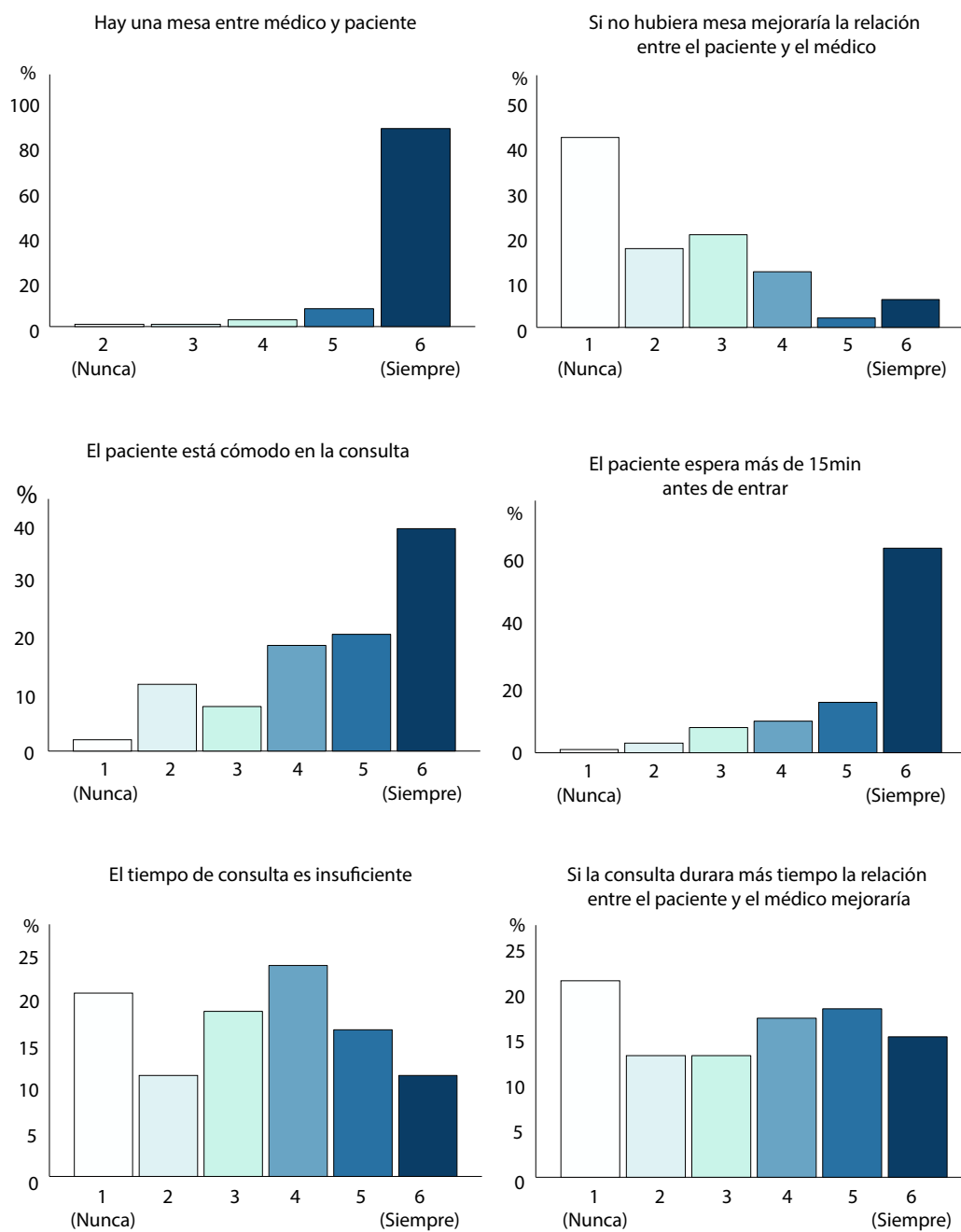


Fig. 8. Valoración de los pacientes a distintos aspectos relativos a la proximidad.

2. Estudio de médicos

2.1 Características de la muestra

Se encuestaron un total de 24 médicos especialistas en Cardiología y dos residentes de cuarto y quinto año de residencia, de un total de 26 cardiólogos que trabajan actualmente en el Hospital. Aunque pueda parecer una muestra reducida en comparación con la de los pacientes, representa más del 92% de la población de cardiólogos del hospital. La media de edad de la muestra es de 41,5 años (de 28 a 68 años), la mayoría son hombres (66,7%) y hace una media de 15 años (de 3 a 40 años) que se dedican a la atención de pacientes (ver Tabla anexa, pág. X). El 41,6% de los médicos han estado ingresados al menos una vez en un hospital y el 33,4% padece o ha padecido, él o un familiar cercano, una enfermedad crónica (ver **Tabla 3**).

Tabla X. Características de los médicos del estudio (N=24)

Variables	N= 24
Edad (años, media, SD)	41,5±11,04
Sexo (femenino)	33,3%
Dedicación a la atención de pacientes (años, media, SD)	15,29±10,05
Ingreso hospitalario	41,6%
Enfermedad crónica	66,6%
Residentes	8,3%
Año de residencia (años, media, SD)	4,5±0,7X

2.2 Resultados de las encuestas de médicos

2.2.1 Autonomía/Agencia

Según la percepción de los médicos, la mayoría de los pacientes (83%) asisten a menudo acompañados a la consulta y admiten en un 58% de los casos no preguntarles nunca o pocas veces si quieren que el acompañante escuche lo que les va a decir (**Fig. 9**).

Por otra parte, reconocen identificar a los especialistas que acuden a la consulta (95%) aunque en el 60% de las veces no piden permiso al paciente para que estén presentes (**Fig. 9**).

En la misma figura también se muestra que en más del 90% de los casos los médicos informan de cómo proceder si la enfermedad del paciente empeora bruscamente y admiten (96%) ofrecerle más de una opción terapéutica para que pueda elegir.

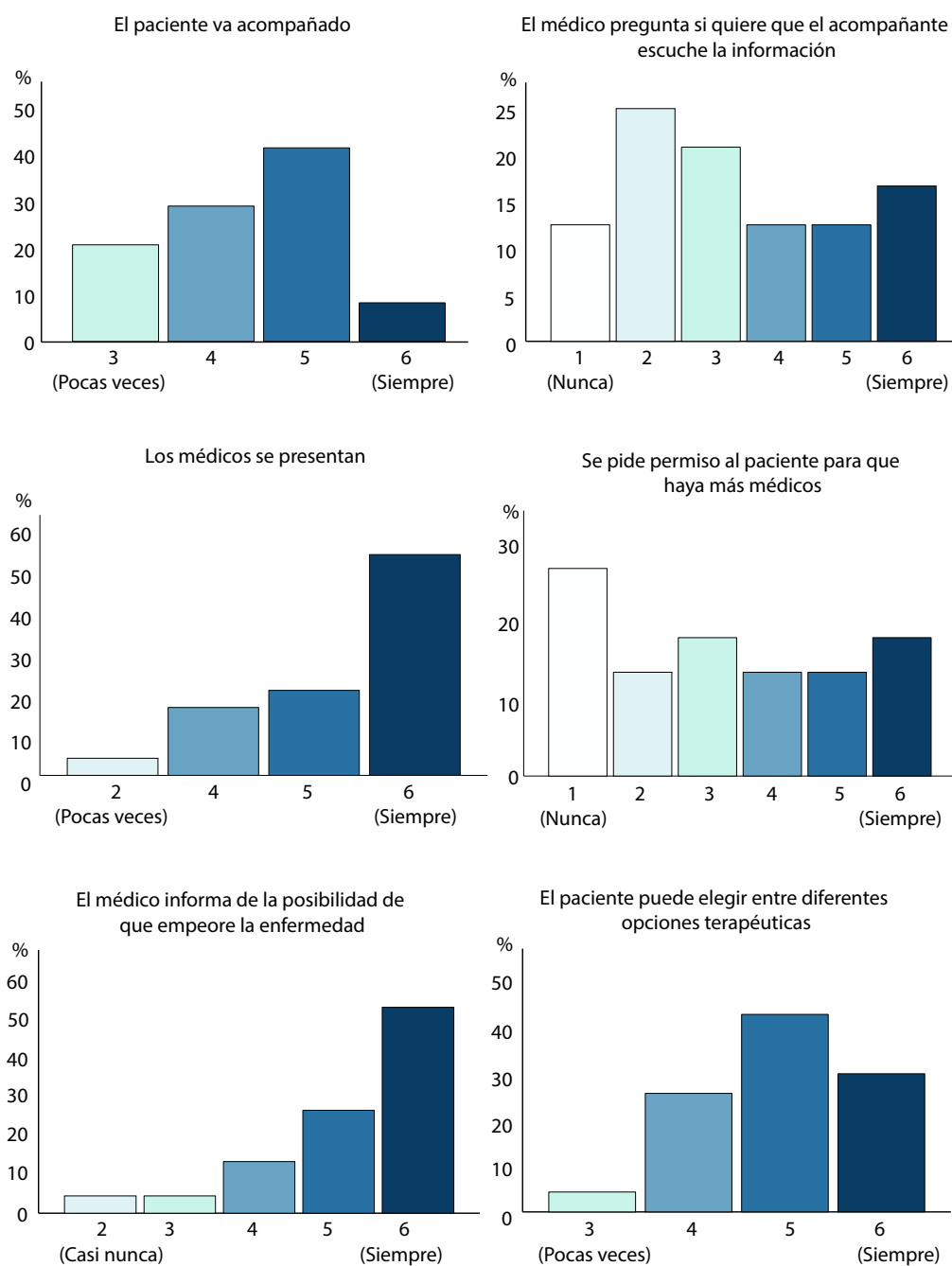


Fig. 9. Valoración de los médicos sobre la autonomía de los pacientes en la consulta médica.

En la misma línea se advierte que los médicos se aseguran de que el paciente haya comprendido bien toda la información, animándole activamente a preguntar las dudas que pueda tener. No obstante, el 81% de los especialistas admiten no facilitar nunca o en pocas ocasiones la dirección de correo electrónico y el número de teléfono para que los pacientes puedan dirigir sus dudas una vez terminada la consulta (Fig. 10).

En general, la puntuación global de las preguntas aquí analizadas es de 4,4 (entre 1, que correspondería a un modelo paternalista y 6 que correspondería a uno democrático) Lázaro y García (Girón, Beviá, Medina y Simón Talero, 2002). En este sentido, el promedio es un punto más alto que en el caso de los pacientes y por lo tanto, según los médicos, la relación con sus pacientes es más horizontal, confiriendo mayor libertad al paciente en la toma de decisiones que se refieren a su salud.

En esta muestra, ni la edad del médico, ni el sexo, ni su experiencia en el trato con pacientes ni el hecho de haber estado ingresado o padecer una enfermedad crónica parecen condicionar las respuestas aquí descritas.

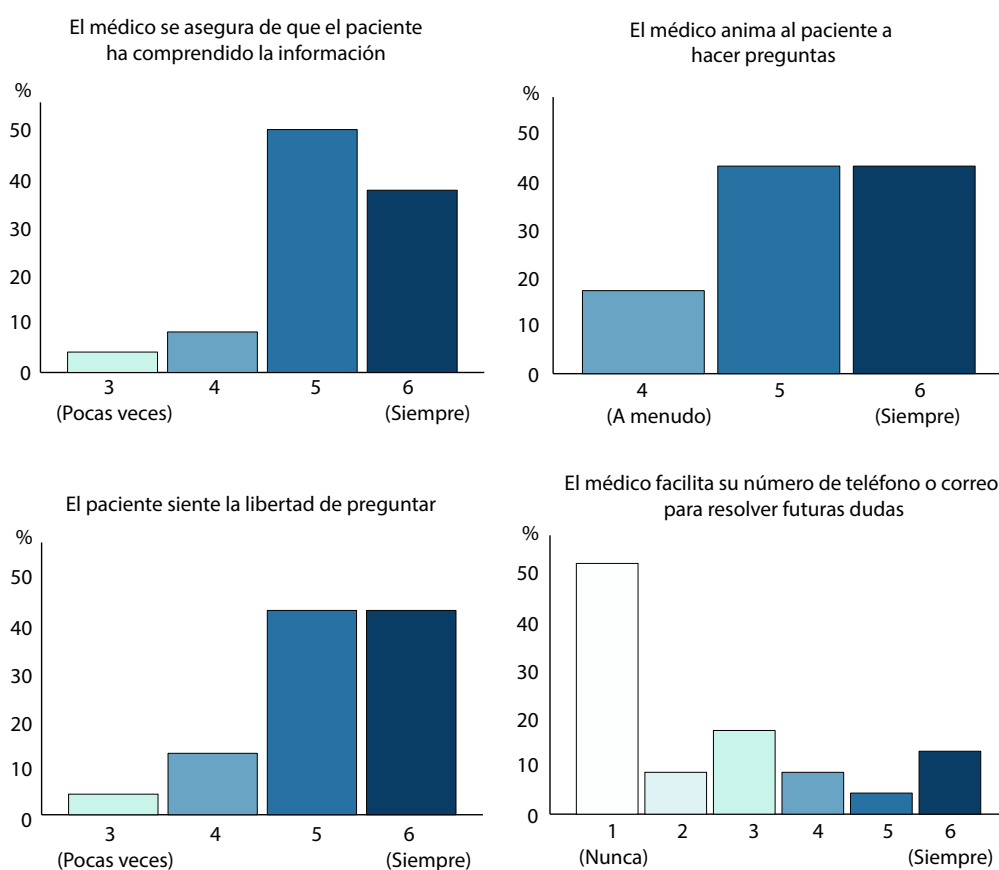


Fig. 10. Valoración de los médicos sobre la autonomía de los pacientes en la consulta médica.

2.2.2 Proximidad

Como podemos observar en la **Fig. 11**, la mayoría de los médicos (67%) admiten atender solos a los pacientes, sin la presencia de otros especialistas o asistentes temporales. Por otro lado, más del 90% de los especialistas manifiestan establecer un gran contacto visual y físico con su paciente, adoptar una postura abierta, dirigirse a su paciente por el nombre de pila y acompañar sus explicaciones con gestos. Además, el 77% admite usar lenguaje claro y poco especializado para facilitar la comprensión del paciente y no distraer su mirada hacia el ordenador (65%) nunca o en pocas ocasiones.

En la siguiente Figura (**Fig. 12**) se aprecia también como una significativa mayoría de los médicos (más del 90%) manifiesta hacer pausas para escuchar al paciente, preguntarle sobre su estado de ánimo o preocupaciones, mostrar comprensión e interés hacia el paciente y ser empático con él. Además, el 67% de los especialistas comparten siempre o a menudo experiencias personales con las personas a las que atienden. Asimismo, el 96% de médicos advierte también que sus pacientes no se enfadan nunca o en pocas ocasiones.

En la Figura (**13**) se muestran los resultados de preguntas relativas a elementos externos a la actuación médica, como son el tiempo y el espacio de la consulta. Según el 59% de los médicos la consulta normalmente les resulta un espacio agradable donde el paciente se siente generalmente cómodo (87%). El 85%, además, consideran que la mesa no interfiere en la relación con el paciente.

El análisis de cuestiones relativas al tiempo de consulta muestra que aunque los médicos (87%) consideran que el tiempo es generalmente adecuado, admiten que si la consulta durara más, la comunicación entre ambos mejoraría. Finalmente manifiestan también (67%) que en pocas ocasiones los pacientes esperan más de 15 minutos antes de ser llamados por el médico.

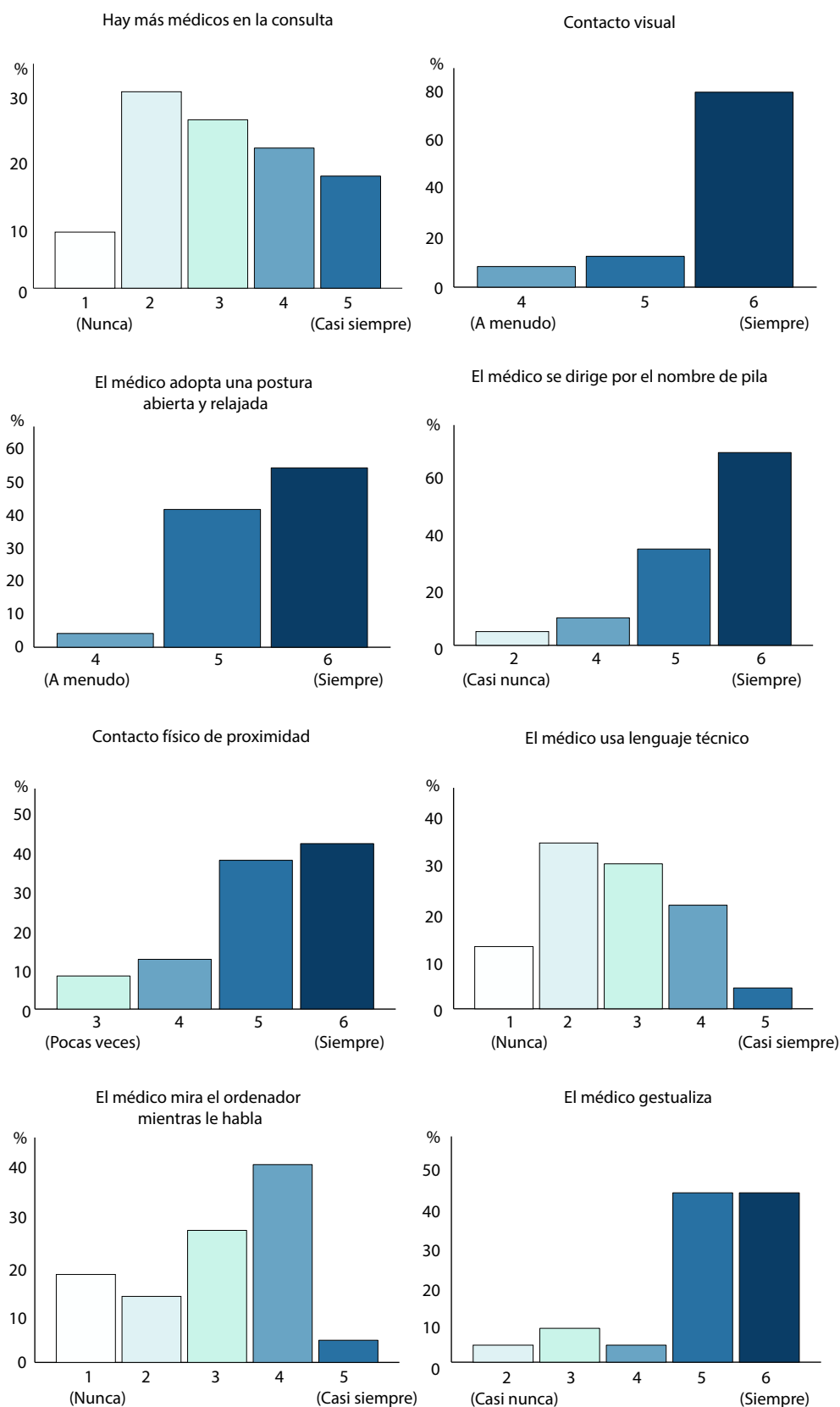


Fig. 11. Valoración de los médicos sobre la proximidad establecida con el paciente.

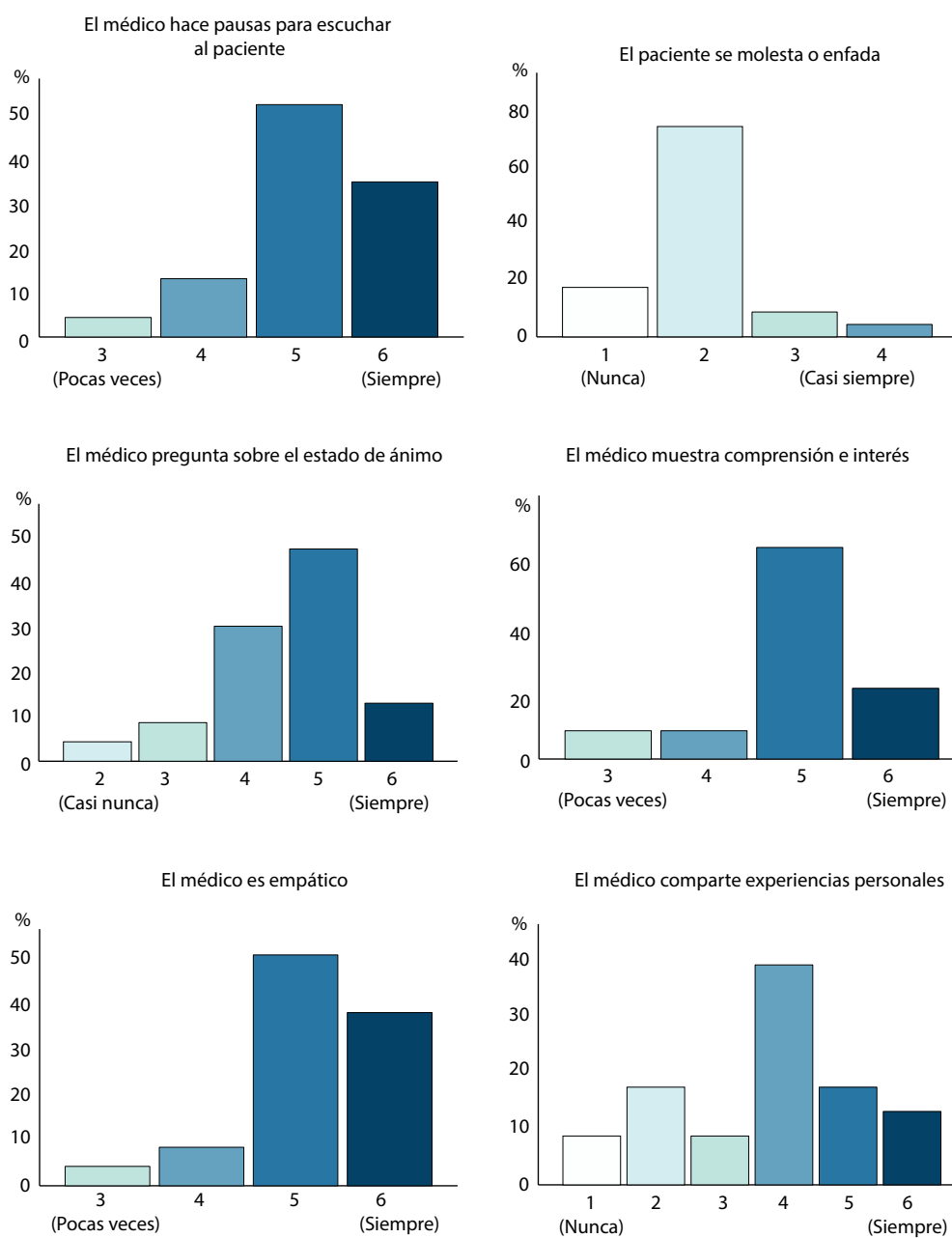


Fig. 12. Valoración de los médicos sobre la proximidad establecida con el paciente.

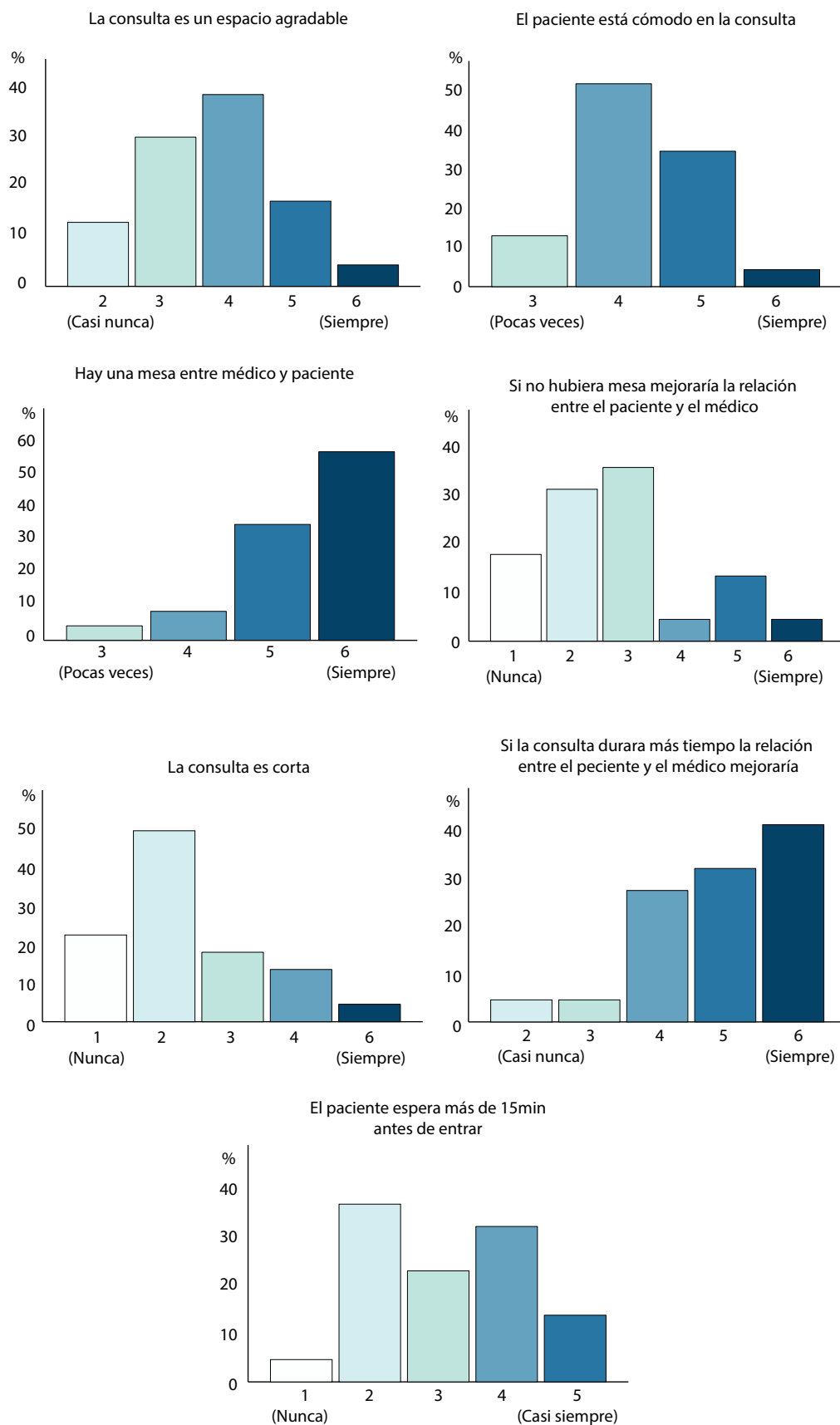
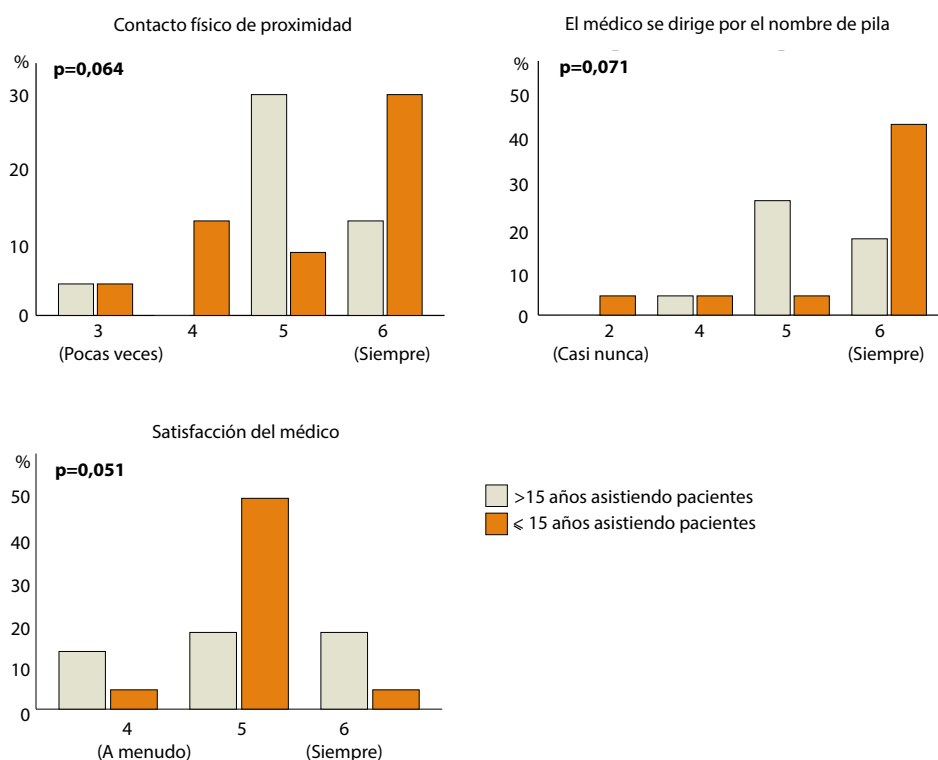


Fig. 13. Valoración de los médicos sobre la proximidad establecida con el paciente.

El promedio de diecinueve de las preguntas analizadas en este apartado es de 4,57, medio punto por encima de la puntuación global obtenida en la muestra de pacientes, y por lo tanto, más cerca de una relación próxima que de una distante.

En este apartado, sin embargo, y pese al número reducido de participantes, si se ha observado ciertos condicionantes que alteran las conductas empáticas del médico con respecto al paciente. Concretamente, los años de experiencia y el hecho de padecer una enfermedad crónica (ellos mismos o alguna persona cercana) influyen significativamente en el uso de distintas estrategias de cortesía, hallazgos que coinciden con publicaciones previas (Lázaro y Gracia, 2006).



En concreto, como puede observarse en la **Figura 14**, los especialistas que han asistido a pacientes durante más de 15 años muestran menos contacto físico de proximidad, se dirigen al paciente en menor medida por el nombre de pila y sienten una menor satisfacción global de su relación con la persona atendida. Estos datos, aunque se encuentran en el límite de la significancia estadística (valores de p entre 0,05 y 0,07), van en línea con otros trabajos previos que describen una caída de la empatía médica con los años de práctica clínica (Esquerda, Yuguero, Viñas y Pifarré, 2016; Neumann

et al., 2011; Newton, Barber, Clardy, Cleveland y O'Sullivan, 2008; Ramón, Lara, Ruiz Moral B Y Javier y Campayo, 2009).

Por otro lado, también se observa (Fig. 15) como el hecho haber vivido, personalmente o bien de cerca, una enfermedad crónica aumenta significativamente las conductas de proximidad y empatía como dirigirse al paciente por el nombre de pila ($p=0,01$), asegurarse de que siente libertad para hacer las preguntas que considere ($p=0,02$) o incluso valorar que tiempos más largos de consulta mejoraría la relación médica ($p=0,04$). En este caso, otro estudio realizado en nuestro país y liderado por la Dra. Montse Esquerda, directora general del Instituto Borja de Bioética de Barcelona, también apuntaba que existe una asociación estadística entre la empatía global y el hecho de haber tenido amigos enfermos (Esquerda et al., 2016).

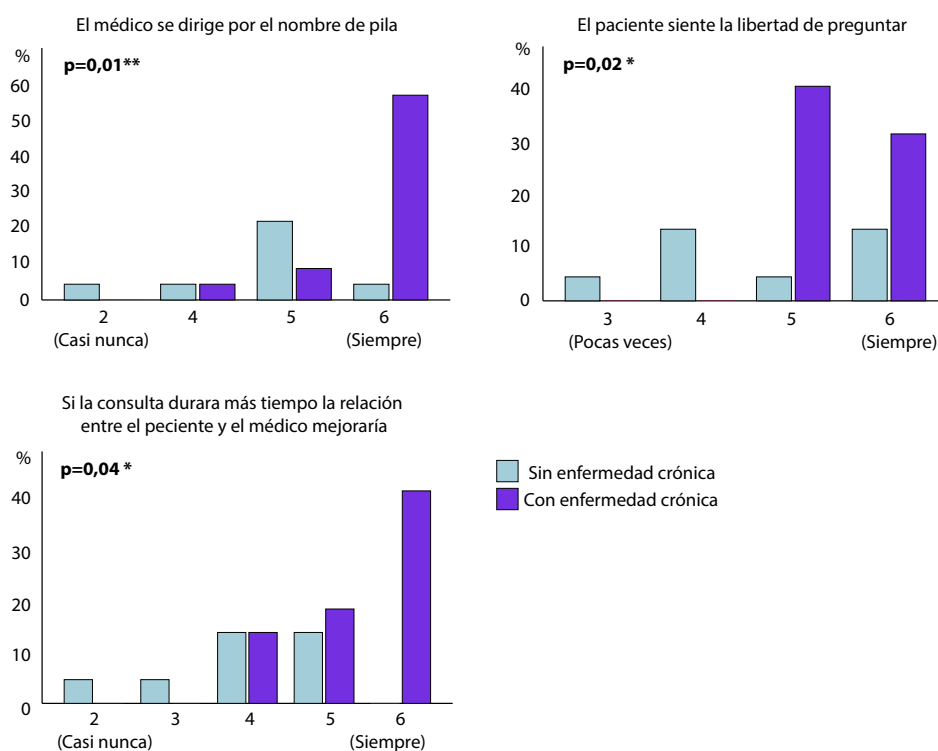


Fig. 15. Puntuaciones relativas al uso del nombre de pila del paciente, libertad para preguntar del paciente y extensión del tiempo de consulta como recurso para mejorar la relación médico-paciente de especialistas que sufren ellos mismos o una persona cercana a ellos una enfermedad crónica. Porcentaje de médicos para cada una de las preguntas clasificados según la enfermedad crónica (sin, en color azul; con, en color violeta). En la izquierda superior de cada gráfico se muestra el valor de p resultado del análisis de ANOVA; significativo a partir de $p<0,05$ (*); $p<0,01$ (**).

3. Estudio comparativo de los dos grupos

En el siguiente apartado se han comparado los resultados del grupo de pacientes con la muestra de cardiólogos a nivel de satisfacción global, autonomía del paciente y proximidad en la relación entre ambos.

En primer lugar, como podemos observar en la **Figura 16**, la satisfacción global evaluada en el cuestionario es elevada tanto en los pacientes como en los médicos, siendo para los primeros de 5,10 ($\pm 0,12$) y de los médicos de 5,01 ($\pm 0,13$). Llama la atención que pese a haber obtenido puntuaciones de proximidad y autonomía más bajas en el estudio de los pacientes respecto al de los médicos, esta diferencia no se vea reflejada en la evaluación de satisfacción e incluso sea más alta la puntuación que dan los pacientes. Concretamente, más del 50% manifiestan sentirse siempre satisfechos tras la consulta mientras que en el caso de los médicos este porcentaje es del 20%.

Satisfacción personal global de la comunicación en la consulta

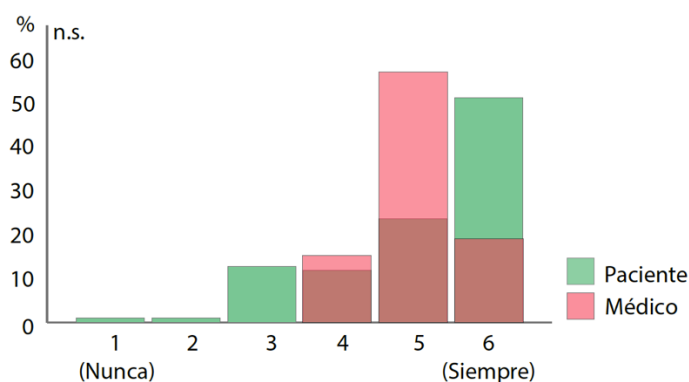


Fig. 16. Satisfacción global de médicos y pacientes sobre la comunicación establecida entre ambos en la consulta médica. Porcentajes de pacientes (verde) y médicos (rojo) de cada valoración. T-student, n.s. (no significativo), para analizar las diferencias entre los promedios de ambos grupos.

A continuación hemos analizado y comparado las puntuaciones promedias de cada pregunta de un grupo y otro (los valores absolutos junto con sus desviaciones estándar se recogen en el Anexo X).

De manera general, se aprecia que en las **Figura 17, 18 y 19** las valoraciones de los médicos (en rojo) siempre son más positivas que las de los pacientes (en verde), y salvo en tres ocasiones, en todas las preguntas quedan por encima de la media (3,5). Además, esta diferencia entre grupos es estadísticamente significativa en la mayoría de preguntas relativas a la autonomía del paciente (**Fig. 17**). En concreto, esta diferencia se dilata todavía más en la pregunta acerca de las opciones terapéuticas que transmite el médico al paciente para que este último pueda elegir. No obstante, no parecen existir diferencias respecto a la libertad que siente el paciente de manifestar sus dudas en la consulta y ambos grupos coinciden en que el médico casi nunca facilita su correo electrónico o un teléfono de contacto donde poder atenderle una vez terminada la consulta.

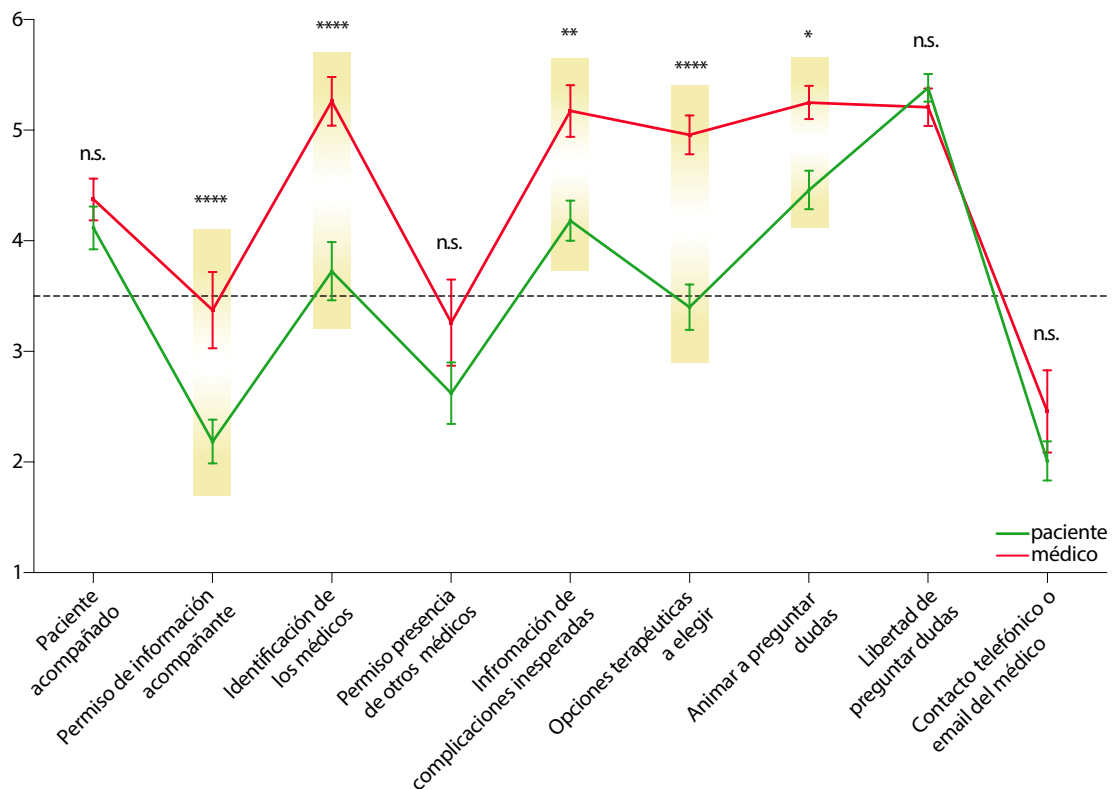


Fig. 17. Valores promedios y desviaciones estándar de las respuestas de médicos (rojo) y pacientes (verde) a preguntas relativas a la autonomía/agencia del paciente. En amarillo se han resaltado los valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Test estadístico: T student para comparar los promedios de dos grupos independientes (sin corrección para comparaciones múltiples; $p < 0,05$ (*); $p < 0,01$ (**); $p < 0,001$ (***); $p < 0,0001$ (****); n.s. (no significativo).

En la **Figuras 18 y 19** se muestran los promedios de las respuestas a preguntas que afectan la proximidad o empatía. De nuevo se observan valores más positivos en las encuestas de los médicos que en las de los pacientes, diferencias que se vuelven significativas en cinco ocasiones: la presencia de más médicos en la consulta ($p=0,004$), el contacto visual ($p=0,0034$), el hecho de que el médico acompañe sus explicaciones con gestos ($p=0,0009$), comparta experiencias personales ($p=0,000006$) y agradezca la cooperación del paciente ($p=0,04$).

En la primera parte de la **Figura 20**, concretamente las dos primeras preguntas, se sigue observando la diferencia significativa entre la opinión del médico y del paciente cuando se refiere a la cercanía del especialista. Según el médico, éste agradece más la cooperación del paciente que según la precepción que tiene el paciente ($p=0,04$). Además, también el paciente parece molestarse o enfadarse más de lo que cree el médico ($p=0,005$).

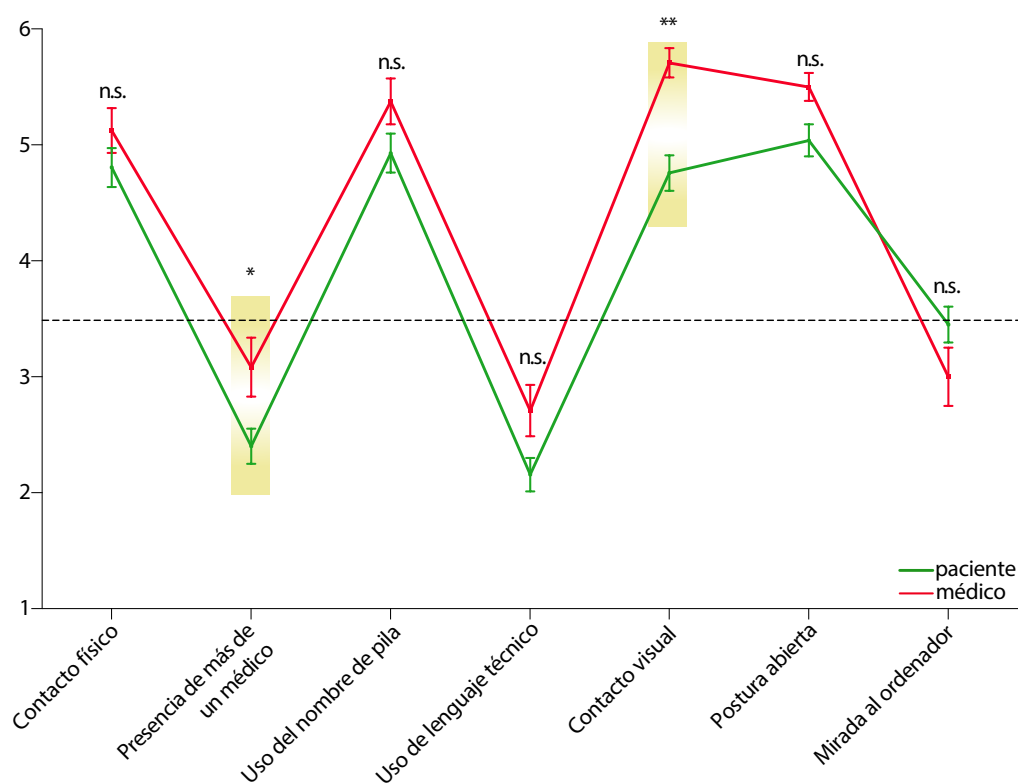


Fig. 18. Valores promedios y desviaciones estándar de las respuestas de médicos (rojo) y pacientes (verde) a preguntas relativas a la proximidad de la relación entre ambos. En amarillo se han resaltado los valores estadísticamente significativos ($p<0,05$). Test estadístico: T student para comparar los promedios de dos grupos independientes (sin corrección para comparaciones múltiples; $p<0,05$ (*); $p<0,01$ (**); n.s. (no significativo).

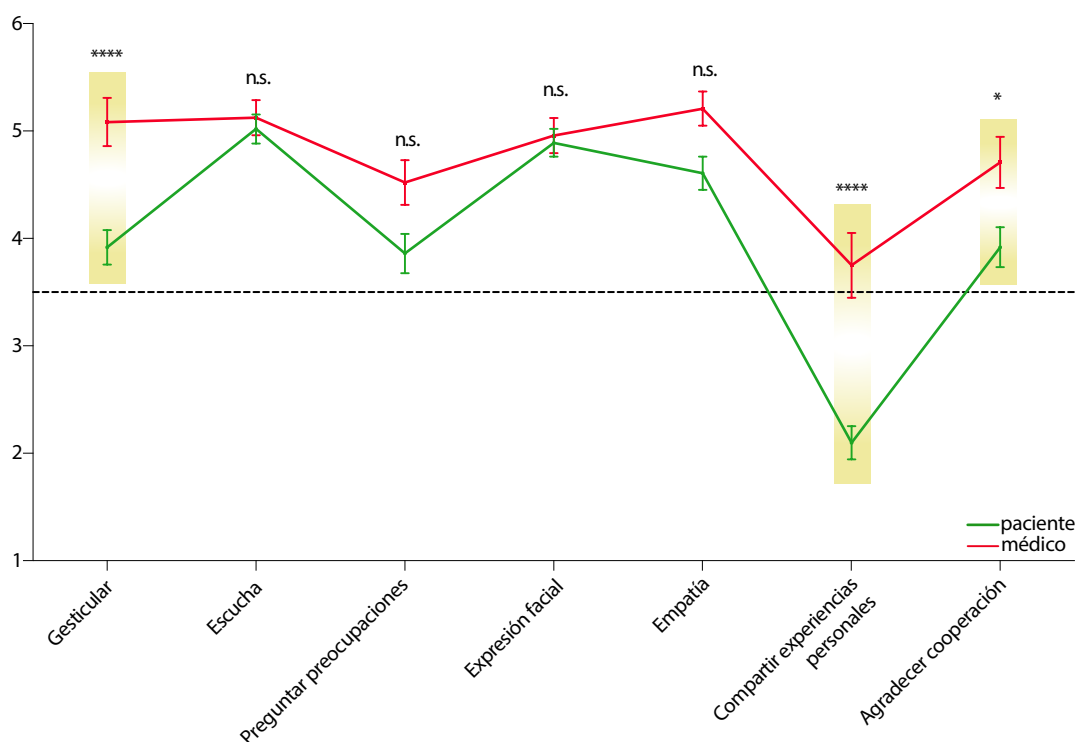


Fig. 19. Valores promedios y desviaciones estándar de las respuestas de médicos (rojo) y pacientes (verde) a preguntas relativas a la proximidad de la relación entre ambos. En amarillo se han resaltado los valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Test estadístico: T student para comparar los promedios de dos grupos independientes (sin corrección para comparaciones múltiples; $p < 0,05$ (*); $p < 0,0001$ (****); n.s. (no significativo).

El resto del gráfico de la **Figura 20**, hace referencia a preguntas relativas a elementos externos a la actuación médica, como son el tiempo y el espacio de la consulta. Es interesante ver como la comodidad del paciente recibe la misma puntuación tanto por parte del médico como del paciente, y es superior al valor intermedio (4,34, entre 1 y 6). No solamente, ambos grupos creen que la consulta es cómoda para la persona atendida, sino que también consideran que la existencia física de una mesa entre ellos no interfiere en su calidad comunicativa.

En la siguiente pregunta relativa al tiempo de consulta, ambos perciben que dura un tiempo suficiente (promedio < 3.5), menos duradera para el médico que para el paciente ($p = 0,006$). No obstante, cuando se les pregunta si un mayor tiempo de consulta mejoraría su relación, el paciente considera globalmente que no y el médico que sí ($p = 0,00017$).

En el último caso también existe una discrepancia significativa; mientras el médico considera que el paciente no suele esperar, el paciente percibe un tiempo de espera mayor a quince minutos casi en todas sus citaciones médicas ($p = 9 \times 10^{-14}$).

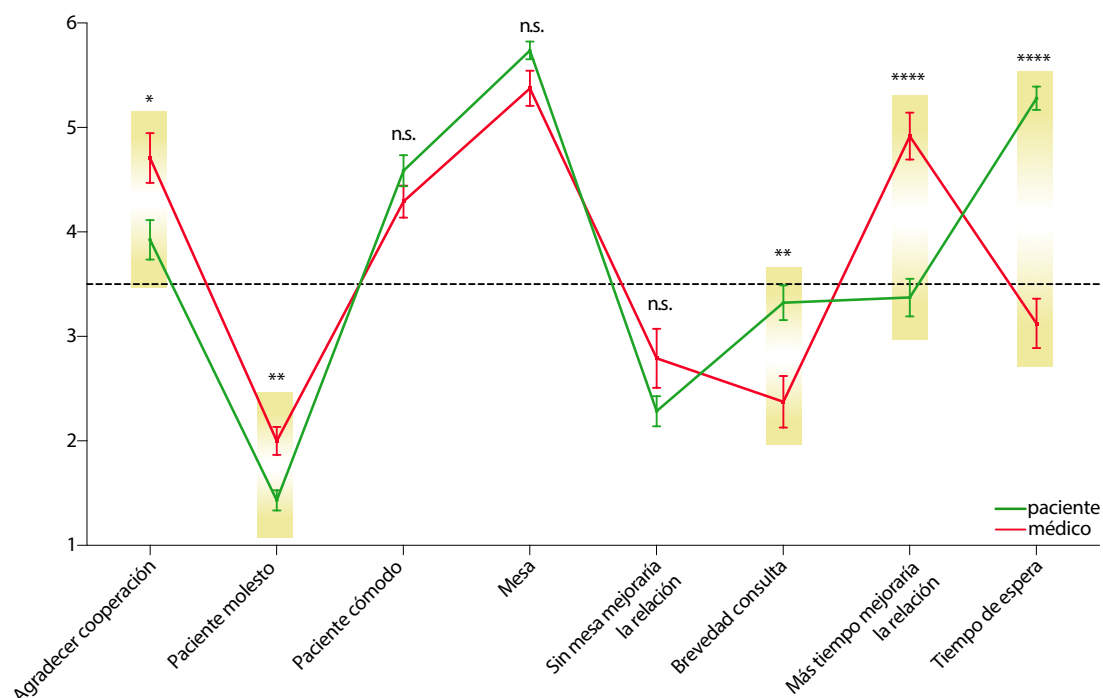


Fig. 20. Valores promedios y desviaciones estándar de las respuestas de médicos (rojo) y pacientes (verde) a preguntas relativas a la proximidad de la relación entre ambos. En amarillo se han resaltado los valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Test estadístico: T student para comparar los promedios de dos grupos independientes (sin corrección para comparaciones múltiples; $p < 0,05$ (*); $p < 0,01$ (**); $p < 0,0001$ (****); n.s. (no significativo).

VII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El entorno asistencial ha experimentado una notable evolución a favor de una relación sanitaria más democrática y horizontal en la que cada vez más priman los derechos de autonomía, confidencialidad e intimidad del paciente. Este hecho, junto con otros fenómenos como la aparición de enfermedades crónicas y el creciente aumento de pacientes con enfermedades de larga duración ha hecho que la comunicación se convierta en una parte integral de la práctica clínica y, de la misma manera, la relación médico-paciente adquiera potencial terapéutico.

Este cambio de paradigma ha puesto de manifiesto ciertas carencias comunicacionales heredadas del paternalismo clásico que chocan con el marco actual (Blázquez-Manzano et al., 2012).

El desarrollo del presente trabajo nos ha permitido abordar este conflicto en el marco de las sociedades modernas actuales (Esquerda et al., 2016; Neumann et al., 2011; Newton et al., 2008; Ramón et al., 2009).

La hipótesis de este trabajo defiende que, en la actualidad, los pacientes acusan una relación con sus médicos parcialmente insatisfactoria debido, en parte, a cierta privación de su autonomía y carencia de empatía asistencial.

Atendiendo a la primera parte del enunciado anterior, los datos aquí obtenidos apuntan que tanto el médico como el paciente consideran que su relación es notablemente satisfactoria, hecho que refutaría la suposición inicial. Así, podríamos concluir que la conducta del profesional sanitario cumple con las condiciones y expectativas de la persona atendida. No obstante, esta observación podría deberse a dos supuestos: o bien la actuación médica es eficiente y por lo tanto satisface los requisitos de los usuarios, o bien las exigencias de los pacientes son mínimas y la actuación clínica actual, aunque insuficiente, cumple con ellas.

Para atender a estas cuestiones, este estudio evalúa en primer lugar el tipo de patrón que impera en la actuación médica. Concretamente, en las evaluaciones de los pacientes se ha identificado un esquema relacional intermedio (puntuación de 3,5 entre 1 –modelo paternalista- y 6 –modelo democrático). Entendemos entonces que el paciente percibe una relación parcialmente paternalista, vertical y protectora, en la que el profesional sanitario lidera las decisiones clínicas. Esto se explica porque, en este caso, el paciente parece sentirse informado y libre de hacer las preguntas que considere. Sin embargo, no siempre se le pide su consentimiento para que otros médicos estén presentes en la consulta o para informar a su acompañante, y a menudo desconoce las alternativas terapéuticas al tratamiento de elección de su médico.

De acuerdo con la alta satisfacción del usuario obtenida en la encuesta, todo apunta a que el paciente está de acuerdo con este tipo de relación intermedia en la que hay una renuncia parcial de sus derechos como paciente, es decir, prefiere delegar ciertas funciones en el clínico que le atiende.

Este abandono de autonomía, en un contexto sanitario, se ha descrito en varios trabajos (Hoff y Collinson, 2017; Padilla-Garrido et al., 2017). No obstante, otros estudios publican datos contrarios (Coulter y Jenkinson, 2005; Delgado et al., 2010). Se trata de un fenómeno considerablemente debatido en la actualidad y un gran número de investigadores considera que los instrumentos usados para cuantificarlo no reflejan las verdaderas preferencias de los pacientes. Los mismos investigadores también defienden que el uso de distintos recursos comunicativos incentivan la participación del paciente (Charles, Gafni y Whelan, 1997; Ruiz Moral et al., 2012).

Todo indica que son muchos los factores, como la edad o el nivel educativo de los pacientes, que pueden condicionar su implicación en la toma de decisiones (Charles et al., 1997; Ruiz Moral et al., 2012), hecho que genera una gran variabilidad y obstaculiza su estudio.

El análisis estadístico del presente trabajo no ha mostrado diferencias significativas asociadas a la edad, al género de los participantes del estudio ni a su formación académica. No obstante, la homogeneidad de la muestra, mayormente masculina y mayor de 60 años podría, haber obstaculizado el estudio estadístico. A fin de resolver esta cuestión y evitar sesgos de género y edad, sería imprescindible ampliar y diversificar la población para incluir un grupo con mayor representación femenina y distintas edades, entre otros posibles aspectos a tener en cuenta.

Cabe también destacar que este estudio se limita a pacientes y médicos de una especialidad concreta de un único Hospital en un mes concreto del año. Por tratarse de una exploración estática y reducida a un solo sector, sus resultados no deben generalizarse a otros contextos asistenciales, donde la población de estudio podría tener percepciones muy distintas.

Otro dato de notable interés es que el mismo análisis del modelo relacional realizado en los médicos revela una puntuación global de 4,4 con respecto a la relación médico-paciente; más de 1 punto superior a la evaluación de los pacientes, y por lo tanto más cerca del modelo democrático. El médico considera que su actuación se rige por un patrón que prima los valores del paciente y lo responsabiliza en la toma de decisiones clínicas. Esta significativa diferencia podría indicar que el médico aparenta conceder mayor libertad y autonomía al paciente de la que este último percibe. Por este motivo, sería necesario analizar con más detalle qué herramientas comunicativas utiliza para hacerlo a fin de identificar en qué momento el mensaje no llega con la misma intención comunicativa a su receptor.

Esta diferencia entre evaluaciones del grupo de médicos y pacientes se ha detectado a lo largo de todo el trabajo. Concretamente, cuando se han analizado preguntas relativas a la proximidad entre el paciente y el médico o conductas empáticas, se ha observado que los pacientes perciben una relación significativamente menos próxima y empática que los médicos. Esta apreciación puede deberse a varios factores que discutimos a continuación.

La relación asistencial intermedia (entre paternalista y democrática) resultado de la evaluación de los pacientes indica que hay ciertas imposiciones procedentes del médico que pueden afectar la imagen negativa de los usuarios. El profesional sanitario trata de conseguir mejorar la salud de la persona atendida y por este motivo trata de convencerle en determinadas ocasiones. Este mensaje puede percibirse como una obligación (con incluso cierta coacción) por parte del paciente y para que su imagen no se vea afectada el médico debe generar un vínculo de confianza.

Son varios los recursos de que dispone el médico para conseguir este propósito que se han evaluado en este trabajo: contacto físico de proximidad, el uso del nombre de pila, el contacto visual o una escucha atenta, entre otros. El análisis global de encuestas de los pacientes indica que, en una escala de 1 a 6, el médico se encuentra en el 4, más cerca de una relación próxima y empática que de una distante. No obstante y tratándose de una situación comunicativa con alto grado de imposición que pone en riesgo la imagen del paciente, cabría esperar mayor empatía y más recursos de cortesía a fin de compensar este potencial daño.

Según el concepto desarrollado por Marshall Rosenberg (Rosenberg, 2006), es imprescindible que exista una comunicación empática y que el propósito del médico trascienda la enfermedad fisiológica del paciente. Recursos como el de interesarse por el estado emocional del paciente son clave para fortalecer no solamente el vínculo entre ambos, sino el estado de autoestima y el estado global del paciente. En este sentido, los resultados del trabajo apuntan que el médico no pregunta demasiado sobre el bienestar emocional del paciente, hecho que refuerza la distancia jerárquica entre los interlocutores. Además, las largas esperas antes de entrar en consulta, hecho que sólo perciben los pacientes y no los médicos (según los resultados obtenidos en este trabajo) separa todavía más ambos roles. En línea con este dato, tampoco el personal sanitario comparte experiencias personales con los usuarios, aspecto que de no ser así podría favorecer una relación más próxima. Esto puede deberse a que el médico establece límites para protegerse, para no verse afectado emocionalmente, a riesgo de renunciar a una conducta empática. Algunos autores consideran que esta distancia es imprescindible para proteger la imagen del médico (Wachtel, 1996), no obstante, Rosenberg defiende que podría evitarse si el profesional sanitario observa, hace un reconocimiento de sus propias emociones y logra distinguirlas y separarlas de las de la persona atendida (Rosenberg, 2006).

Es interesante recordar aquí que, según los datos obtenidos en este trabajo, los médicos con mayor experiencia en la atención asistencial de personas parecen menos empáticos que aquellos que tienen menos, concretamente, establecen menos contacto físico y se dirigen en menor medida al paciente por su nombre de pila. Además, su satisfacción global es menor. Asumimos, por lo tanto, que el patrón de conducta distante se refuerza con los años trabajados, como ya han observado estudios previos (Rosenberg, 2006).

Este hecho pone de manifiesto la necesidad de capacitar a los médicos con herramientas y recursos comunicativos para proteger su imagen y la del paciente, y evitar así el uso de barreras emocionales cada vez mayores. Cabe destacar que, por el contrario, aquellos profesionales sanitarios que han sufrido, ellos mismos o personas cercanas ellos, una enfermedad crónica parecen adoptar una conducta más empática.

Actualmente, en la ciudad de Barcelona, solo una de las tres universidades públicas que imparten Medicina incluye la comunicación con el paciente en su plan docente. La Universitat Pompeu Fabra (UPF) contiene una asignatura en su plan de estudios del Grado de Medicina, «Relación Médico-Enfermo y Habilidades Comunicativas», dirigida a que el estudiante conozca distintas herramientas para relacionarse con el paciente dentro de la práctica clínica: comunicación verbal y no verbal, aprender a dar malas noticias o redacción de historias clínicas e informes de forma comprensible para personas que no sean de su sector (Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, 2019). En este sentido, se puede concluir que hay poca oferta formativa pese a haber una creciente creación de cursos sobre habilidades comunicativas para los médicos.

Este punto cobra particular interés cuando se analiza el efecto de los potenciales factores externos (espacio de consulta, duración, tiempo de espera, etc.). Según los pacientes, a excepción del tiempo de espera, ni la duración de la consulta ni la sala en la que se lleva a cabo parece afectar la relación con su médico. De ser así, iniciativas como la redistribución del espacio o la ausencia de una mesa entre los hablantes (Ajiboye, Dong, Moore, Kallail, y Baughman, 2015) no tienen potencial de mejora en la relación médico-paciente. Si bien los médicos coinciden en que el espacio de consulta es cómodo, discrepan con respecto al tiempo y manifiestan que consultas más largas mejoraría su relación. Este hecho podría explicarse porque el profesional sanitario cada vez más percibe menor disponibilidad para el paciente. Concretamente, uno de los factores que más ha influenciado este aspecto es la informatización de la salud. La irrupción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ha implicado una serie de cambios que afectan negativamente la comunicación entre el personal sanitario y el paciente, ya que reducen el tiempo y la calidad de sus encuentros (M. A. Alkureishi et al., 2016; Mamykina, Vawdrey, y Hripcsak, 2016; Poissant, Pereira, Tamblyn, y Kawasumi, 2005; Ratanawongsa et al., 2016; Sinsky et al., 2016). Un estudio publicado en la revista *Health Affairs*

liderado por el Dr. Harold S. Luft (Instituto de Investigaciones de la Fundación Médica Palo Alto, Estados Unidos) ha revelado que los médicos de atención primaria dedican más tiempo frente al ordenador (3,17 horas) en actividades como solicitudes de recetas, tareas administrativas, pruebas o exámenes médicos, que en la atención con los pacientes (3,08) (Tai-Seale et al., 2017). Además, esta tendencia se extiende no solamente a la atención primaria sino también al ámbito hospitalario. Según otro estudio realizado en el hospital Universitario de Lausanne (Suiza), el tiempo dedicado a la atención directa de pacientes ingresados por parte de los residentes es del 1,7 horas frente a 5,2 horas invertidas en actividades informáticas (Wenger et al., 2017).

Volviendo al enunciado inicial de la hipótesis, los resultados aquí obtenidos prueban que el paciente no percibe grandes carencias por parte del médico, sin embargo, al profundizar en esta relación identificamos patrones y conductas que podrían mejorarse y contribuir a una relación clínica más eficiente y beneficiosa para ambos. Concretamente, hemos detectado carencia de empatía y un uso insuficiente de estrategias de cortesía por parte del profesional sanitario, que además, sobrevalora su actuación en la entrevista clínica.

Según la opinión de los pacientes, factores externos como el tiempo o el espacio no parecen condicionar este vínculo. Por este motivo y en este caso concreto, las mejoras deben centrarse en fortalecer la comunicación y afianzar una relación médico-paciente de mayor confianza y proximidad.

A día de hoy, hay suficientes evidencias bibliográficas que defienden una relación clínica efectiva, compasiva y empática que comprenda el trato del paciente en clave racional y emocional (Berkhof, Jolanda Van Rijssen, Schellart, Anema, y Van Der Beek, 2010; Hardee et al., 2019).

Con este objetivo, resulta necesario promover e incorporar diferentes estrategias y acciones que permitan ganar confianza con el paciente y poder así responder a sus necesidades desde una perspectiva integral para lograr en última instancia una mayor efectividad en su relación asistencial.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Ajiboye, F., Dong, F., Moore, J., Kallail, K. J. y Baughman, A. (2015). «Effects of revised consultation room design on patient-physician communication». *HERD*, vol. 8(2), pp.8-17.
- Alkureishi, M. A., Lee, W. W., Lyons, M., Press, V. G., Imam, S., Nkansah-Amankra, A., ... Arora, V. M. (2016). «Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review.» *Journal of general internal medicine*, vol. 31(5), pp. 548-560.
- Álvarez Muro, A. (2007). «Cortesía y descortesía: teoría y praxis de un sistema de significación.» *Estudios de Lingüística del Español (ELiEs)*, vol. 25. Disponible en <http://elies.rediris.es/elies25/>. Última consulta 05/09/19.
- Australian commission on safety and quality in health care. (2011). «Patient centered care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers», *ACSQHC*, vol. 1, pp. 1-102.
- Baer, D. (2011). «Patient-Physician E-Mail Communication: The Kaiser Permanente Experience». *Journal of Oncology Practice*, vol. 7(4), pp. 230-232.
- Balint, M. (1955). «The doctor, his patient, and his illness». *The Lancet*, vol. 265, pp. 683-688.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Berkhof, M., Jolanda Van Rijssen, H., Schellart, A. J. M., Anema, J. R. y Van Der Beek, A. J. (2010). «Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews». *Patient Education and Counseling*, vol. 84(2), pp. 152-162.
- Blázquez-Manzano, Al., Feu, S., Ruiz-Muñoz, E. y Gutiérrez-Caballero, J. M. (2012). «Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria». *Revista Española de Comunicación en Salud*, vol. 3(1), pp. 51-65.
- Breuer, J. y Freud, S. (1987). *Estudios sobre la histeria*. Madrid: Amorrortu Editores.
- Briz Gómez, A. (2001). *El español coloquial en la conversación: esbozo de pragmagramática*. Barcelona: Ariel.
- Broggi, M. A. (2017). «Iatrogenia y medicina defensiva». *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, vol. 42, pp. 1-46.
- Broom, M., Brady, B., Kecskes, Z. y Kildea, S. (2013). «World Café Methodology engages stakeholders in designing a Neonatal Intensive Care Unit». *Journal of Neonatal Nursing*, vol. 19(5), pp. 253-258.
- Brown, P. y Levinson, S. C. (1987). *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University press.
- Calderón, P., Valenzuela, K., Viviana, Z. y Espinoza, M. (2018). «A New Era for Physician-Patient Communication in Dermatology». *Cutis*, vol. 101(2), pp. 83.
- Calsamiglia, H. y Tuson, A. (2012). *Las cosas del decir: manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Carrió, S. (2006). «Aproximaciones a la medicina narrativa». *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 26, pp. 14-19.
- Celedón L., C. (2003). «Desafíos actuales en la relación Médico-Paciente». *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, vol. 63, pp. 93-94.
- Celedón L., C. (2016). «Relación médico paciente». *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, vol. 76(1), pp. 51-54.
- Cepeda, G. (2006). «La voz empática médica y las estrategias de cortesía verbal». *Estudios filológicos*, vol. 41, pp.55-69.
- Charles, C., Gafni, A. y Whelan, T. (1997). «Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)». *Social science y medicine*, vol. 44(5), pp. 681-692.

- Chen, D. C. R., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E. y Aseltine, R. H. (2012). «Characterizing changes in student empathy throughout medical school». *Medical Teacher*, vol. 34(4), pp. 305-311.
- Cordella, M. (2002). «La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional». *Onomazein*, vol. 117, pp. 117-144.
- Coulehan, J., Hunter, K. y Charon, R. (1995). «The Study of Literature in Medical Education». *Journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 70(9), pp. 787-794.
- Coulter, A. y Jenkinson, C. (2005). «European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers». *European Journal of Public Health*, vol. 15(4), pp. 355-360.
- Cruz Martínez, O., Frago Marchante, M. C., González Morales, I., Sierra Martínez, D. P. y Labrada González, J. A. (2010). «La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico». *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, vol. 8(5), pp. 110-122.
- Dash, J., Haller, D. M., Sommer, J. y Junod Perron, N. (2016). «Use of email, cell phone and text message between patients and primary-care physicians: cross-sectional study in a French-speaking part of Switzerland». *BMC Health Services Research*, vol. 16(1), pp. 549.
- Davis, M. H. (1996). *Empathy : a social psychological approach*. Boulder: Westview Press.
- Delgado, A., López-Fernández, L. A., Juan de Dios, L., Saletti Cuesta, L., Gil Garrido, N. y Puga González, A. (2010). «Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud». *Gaceta Sanitaria*, vol. 24(1), pp. 66-71.
- Departament de Salut. (2016). *Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Barcelona. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/. Última consulta 08/08/19.
- Departament de Salut. (2017). *Dotze mesos del Pla de salut de Catalunya 2016- 2020. Informe sobre l'estat de situació de les línies estratègiques*. Barcelona. Disponible en http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/pla-salut-dotze-mesos. Última consulta 08/08/19.
- Department of Health. (2010). *Equity and excellence: Liberating the NHS*. Londres: Stationery Office Limited.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C. y Silvester, W. (2010). «The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial». *BMJ*, vol. 340, pp. 13-45.
- Dimitrinka G., N. (2011). Consideraciones pragmáticas sobre la cortesía y su tratamiento en la enseñanza del español como L1. En *Tejuelo: Didáctica de la Lengua y la Literatura*. Madrid: Servicio de Publicaciones.
- Dworkin, G. (1972). «Paternalism». *Monist*, vol. 56(1), pp. 64-84.
- Echeverri, O. (2008). «Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia». *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 24(3), pp. 210-216.
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (1992). «Four models of the physician-patient relationship». *JAMA*, vol. 267(16), pp. 2221-2226.
- Escandell Vidal, M. V. (1993). *Introducción a la pragmática*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Escandell Vidal, M. V. (2005). *La comunicación*. Madrid: Editorial Gredos.
- Escobar, J. (2015). «De la biomedicina a la medicina del deseo y el mejoramiento». *Revista Colombiana de Cirugía*, vol. 30, pp. 265-270.
- Esquerda, M., Yuguero, O., Viñas, J. y Pifarré, J. (2016). «Atención Primaria La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina». *Atención Primaria*, vol. 48(1), pp. 8-14.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010). «Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar

- analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)». *Revista Española de Salud Pública*, vol. 84(2), pp. 169-184.
- Fishman, J. (1995). *Sociología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- Flórez, J. A., Martínez, P. C. y Valdés, C. (1980). «Medicina integral : medicina preventiva y asistencial en el medio rural». *Medicina Integral*, vol. 36, pp. 12-33.
- Gallardo Paúls, B. (1998). *Comentario de textos conversacionales*. Madrid: Arco Libros.
- Gert, B. y Culver, C. M. (1979). «The Justification of Paternalism». *Ethics*, vol. 89, pp. 199-210.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E. y Simón Talero, M. (2002). «Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales». *Revista Española de Salud Pública*, vol. 76(5), pp. 561-575.
- Gómez-Ullate, S. (2014). «Historia de los derechos de los pacientes». *Revista de Derecho UNED*, vol. 15, pp. 261-291.
- Grande, L. F. (1996). «La definición de la salud». *Diálogo Filosófico*, vol. 34, pp. 61-84.
- Grup d'Innovació Docent (UB). (2014). Máximas de Grice. Diccionari de lingüística Disponible en <http://www.ub.edu/diccionarilinguistica/content/máximas-de-grice>. Última consulta 09/09/19.
- Grupo Comunicación y Salud. (2015). *Manual Entrevista Clínica*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
- Guirado Cuadrado, M. I., Stewart, G. y López Sáez, M. (2009). *Introducción a la Psicología Social*. Madrid: Sanz y Torres.
- Ha, J. F. y Longnecker, N. (2010). «Doctor-patient communication: a review». *The Ochsner journal*, vol. 10(1), pp. 38-43.
- Hardee, J. T., Thomas, J., Rehling, F., Joseph, J., Cassara, E., Weiss, K. y Nicholas Perrine, J. (2019). «Health Care Communication: Effect and Durability of an In-depth Training Course on Physician Communication Skills». *Perm J*, vol. 23, pp. 18-154.
- Haverkate, H. (2018). Estrategias de cortesía. Análisis intercultural. Disponible en https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/07/07_0043. Última consulta 13/06/19.
- Hoff, T. y Collinson, G. E. (2017). «How Do We Talk About the Physician–Patient Relationship? What the Nonempirical Literature Tells Us». *Medical Care Research and Review*, vol. 74(3), pp. 251-285.
- Hsiao, W. C. (1995). «Abnormal economics in the health sector». *Health policy*, vol. 32(1-3), pp. 125-139.
- Jefatura del Estado. (2015). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>. Última consulta 06/07/19.
- Jo Delaney, L. (2018). «Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia». *Collegian*, vol. 25(1), pp. 119-123.
- Jonatan Rapaport. (2006). Salud y enfermedad. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/199>. Última consulta 25/07/19.
- Kaba, R. y Sooriakumaran, P. (2007). «The evolution of the doctor-patient relationship». *International Journal of Surgery*, vol. 5(1), pp. 57-65.
- Kant, I. (1980). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Kettner, M. (2006). «Assistance for a good life: the trend towards wish-fulfilling medicine». *Ethik in der Medizin*, vol. 18(1), pp. 5-9.
- Kim, J.-Y., Cha, M.-J., Kwon, S.-S. y Kim, D.-K. (2017). «Factors that Contribute to Disagreement in Satisfaction between

- Surgeons and Patients after Corrective Septorhinoplasty». *American Journal of Rhinology y Allergy*, vol. 31(6), pp. 416-419.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Madrid: Revista de Occidente.
- Laín Entralgo, P. (1973). *La medicina actual*. Madrid: Triacastela.
- Laín Entralgo, P. (1985). «Hacia el verdadero humanismo médico». *Revista de Occidente*, vol. 47, pp. 33-47.
- Laín Entralgo, P. (1986). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat.
- Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). «La relación médico-enfermo a través de la historia». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 29, pp. 7-17.
- López, M. B., Filippetti, V. A. y Richaud, M. C. (2014). «Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados». *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá*, vol. 32(1), pp. 37-51.
- Malpas, J. (1997). Donald Davidson. Stanford encyclopedia of philosophy. Disponible en <https://plato.stanford.edu/entries/davidson/>. Última consulta 14/07/19.
- Mamykina, L., Vawdrey, D. K. y Hripcsak, G. (2016). «How Do Residents Spend Their Shift Time? A Time and Motion Study With a Particular Focus on the Use of Computers». *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, vol. 91(6), pp. 827-832.
- Martínez de Velasco, A. y Nosnik, A. (1988). *Comunicación organizacional práctica: manual gerencial*. México: Trillas.
- Moore, P., Gómez, G. y Kurtz, S. (2012). «Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different». *Atención Primaria*, vol. 44(6), pp. 358-365.
- Muñoz Zapata, A. P. y Chaves Castaño, L. (2013). «La empatía ¿un concepto unívoco?». *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 16, pp. 123-146.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... Scheffer, C. (2011). «Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents». *Academic Medicine*, vol. 86(8), pp. 996-1009.
- Newton, B. W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E. y O'Sullivan, P. (2008). «Is There Hardening of the Heart During Medical School?». *Academic Medicine*, vol. 83(3), pp. 244-249.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *International Health Conference*. Palacio de las Naciones. Disponible en <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>. Última consulta 17/08/19.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública*. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP>. Última consulta 13/08/19.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). «Envejecimiento activo: un marco político». *Rev Esp Geriatr Gerontol*, vol. 37(S2), pp. 74-105.
- Padilla-Garrido, N., Aguado-Correa, F., Ortega-Moreno, M., Bayo-Calero, J., Bayo-Lozano, E., Padilla-Garrido, N., ... Bayo-Lozano, E. (2017). «La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 40(1), pp. 25-33.
- Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S. y Fleck, M. P. (2017). «Quality-of-life and spirituality». *International Review of Psychiatry*, vol. 29(3), pp. 263-282.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Londres: Routledge.
- Poissant, L., Pereira, J., Tamblyn, R. y Kawasumi, Y. (2005). «The impact of electronic health records on time efficiency

- of physicians and nurses: a systematic review». *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, vol. 12(5), pp. 505-516.
- Ramírez-Alcántara, Y. L., Parra-Melgar, L. A. y Balcázar-Rincón, L. E. (2017). «Medicina defensiva: evaluación de su práctica en unidades de medicina familiar de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México». *Atención Familiar*, vol. 24(2), pp. 62-66.
- Ramón, J., Lara, L., Ruiz Moral B Y Javier, R. y Campayo, G. (2009). «¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes?». *Atencion Primaria*, vol. 41(11), pp. 646-649.
- Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C. y Rivera de los Santos, F. J. (2010). Conceptualización de la salud. En *Estilos de vida y promoción de la salud: material didáctico*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ratanawongsa, N., Barton, J. L., Lyles, C. R., Wu, M., Yelin, E. H., Martinez, D. y Schillinger, D. (2016). «Association Between Clinician Computer Use and Communication With Patients in Safety-Net Clinics». *JAMA internal medicine*, vol. 176(1), pp. 125-128.
- Robinson, J. W. y Roter, D. L. (1999). «Counseling by Primary Care Physicians of Patients Who Disclose Psychosocial Problems». *Journal of Family Practice*, vol. 48(9), pp. 698-698.
- Rodríguez Almada, H. (2006). «De la medicina defensiva a la medicina asertiva». *Revista Médica del Uruguay*, vol. 22(3), pp. 167-168.
- Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicación no violenta: un lenguaje de vida*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.
- Ruiz Moral, R., Peralta Munguía, L., Pérula de Torres, L. Á., Olloqui Mundet, J., Carrión de la Fuente, T., Sobrino López, A., ... Martínez Lechuga, M. (2012). «Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia». *Atención Primaria*, vol. 44(1), pp. 5-10.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). *Educación sanitaria : principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Samuelson, J. y Editorial. (2000). «El médico, la medicina gerenciada y la comunidad». *Dermatología Venezolana*, vol. 38, pp. 3-5.
- Sinsky, C., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., ... Blike, G. (2016). «Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties». *Annals of internal medicine*, vol. 165(11), pp. 753-760.
- Sperber, D. y Wilson, D. (1986). *Relevance. Communication Cognition*. Oxford: Blackwell.
- Streeck, J. (1979). «Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation». *Language in Society*, vol. 9(1), pp. 117-126.
- Tai-Seale, M., Olson, C. W., Li, J., Chan, A. S., Morikawa, C., Durbin, M., ... Luft, H. S. (2017). «Electronic Health Record Logs Indicate That Physicians Split Time Evenly Between Seeing Patients And Desktop Medicine». *Health Affairs*, vol. 36(4), pp. 655-662.
- Tamayo, C. T., Manuel, J. y González, S. (2005). «Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva». *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 73, pp. 553-559.
- Terris, M., Almada Bay, I., López Acuña, D. y Massimi, X. (1980). *La revolucion epidemiologica y la medicina social*. Ciudad de México: Siglo Veintiuno.
- The World Medical Association. (2019). Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. Asociación Médica Mundial. Disponible en <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-lisboa-de-la-amm-sobre-los-derechos-del-paciente/>. Última consulta 13/06/19.
- Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. (2019). Plan de estudios Medicina - Experimental and Health Sciences. Disponible en de <https://www.upf.edu/web/biomed/grau-en-medicina/pla-d-estudis-medicina>. Última consulta 14/08/19.
- Urbina, R. (2016). Principios teóricos de la cortesía. Brown y Levinson. Universidad de Burgos. Disponible en

<https://urbinavolant.com/pragmaubu/2016/05/13/principios-teoricos-de-la-cortesia-brown-y-levinson/>.
Última consulta 17/08/19.

Veatch, R. M. (1972). «Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age». *The Hastings Center*, vol. 2(3), pp. 5-22.

Vidal Benito, M. del C. (2010). *La relación médico paciente : bases para una comunicación a medida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Wachtel, P. L. (1996). *La comunidad terapéutica. Principios y práctica eficaz*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Wenger, N., Méan, M., Castioni, J., Marques-Vidal, P., Waeber, G. y Garnier, A. (2017). «Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts». *Annals of Internal Medicine*, vol. 166(8), pp. 579-590.

IX. ANEXO

CUESTIONARIO MÉDICOS

Edad

Sexo	Hombre	Mujer
------	--------	-------

Indique su especialidad

¿Cuántos años hace que se dedica a la atención de pacientes?

¿Ha estado alguna vez ingresado en un Hospital?	Si	No
¿Usted o algún pariente cercano tiene una enfermedad crónica?	Si	No

Si es residente, indique en qué año de residencia está

Este cuestionario ANÓNIMO y VOLUNTARIO tiene el objetivo de evaluar la relación que tiene usted con sus pacientes. Por favor conteste a estas preguntas en base a su experiencia en la práctica clínica. La información es de carácter CONFIDENCIAL: los resultados se utilizarán solo para investigación. Agradecemos de antemano su participación.

DURANTE SU PRÁCTICA COTIDIANA EN LA CONSULTA MÉDICA:

El paciente viene acompañado por un familiar, amigo o conocido	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Pregunto al paciente si quiere que sus acompañantes escuchen lo que voy a decir	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Establezco contacto físico de proximidad con el paciente (le doy la mano, le toco el hombro, etc.)	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Hay más de un médico en la consulta	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Si hay más de un médico, lo presento o identifico	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Si hay más de un médico, pido permiso al paciente para que esté presente en la consulta	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Me dirijo al paciente por su nombre	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Uso lenguaje técnico	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Establezco contacto visual con el paciente o su acompañante	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Adopto una postura abierta y relajada cuando me dirijo al paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Miro el ordenador mientras hablo con el paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Informo al paciente de qué hacer si su enfermedad empeora bruscamente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Explico más de una alternativa terapéutica para que el paciente pueda valorarlas	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Acompaño mis explicaciones con gestos	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Me aseguro de que el paciente haya comprendido bien la información	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Animo al paciente a preguntar lo que no haya entendido	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Creo que el paciente siente la libertad de preguntar todo lo que quiere	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Hago pausas para escuchar al paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Pregunto al paciente sobre su estado de ánimo o preocupaciones	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Mi expresión facial es de comprensión e interés	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Soy empático con el paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Comparto experiencias personales con el paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)

Agradezco verbalmente la cooperación del paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Estoy satisfecho con mi comunicación con el paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El paciente se molesta o se enfada	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Doy al paciente mi número de teléfono o correo electrónico por si tiene alguna duda	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
La consulta me parece un espacio agradable	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Creo que el paciente está cómodo en la consulta	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Hay una mesa o alguna otra barrera física entre el paciente y yo	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Preferiría que no hubiera ninguna mesa o barrera física entre nosotros	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Considera suficiente el tiempo que dura la consulta	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Si tuviera más tiempo su relación con el paciente mejoraría	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
La hora de citación coincide con la hora en que visita al paciente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)

CUESTIONARIO PACIENTES

Este cuestionario ANÓNIMO y VOLUNTARIO tiene el objetivo de evaluar la relación que tiene usted con el su médico. Por favor conteste a estas preguntas con la máxima sinceridad. La información es de carácter CONFIDENCIAL: los resultados se utilizarán solo para investigación. Agradecemos de antemano su participación.

Edad			
Sexo	Hombre	Mujer	
Profesión			
Estudios	Primaria	Secundaria	Superior
Usted, o alguno de sus familiares o conocidos, trabaja o estudia en el sector sanitario?	Si	No	
¿Domina perfectamente el castellano o el catalán?	Si	No	
¿Cuánto tiempo aproximado hace que visita esta consulta?			
¿Cuánto tiempo aproximado hace que le visita el mismo médico?			
¿Ha estado alguna vez ingresado en el hospital?	Si	No	
¿El médico que le atiende normalmente en Consultas Externas es hombre o mujer?	Hombre	Mujer	

Durante la **CONSULTA MÉDICA:**

Suele ir acompañado de un familiar o amigo	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Su médico le pregunta si quiere que su acompañante escuche lo que le tiene que decir?	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Cuando entra en la consulta, el médico le recibe y establece contacto físico con usted	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Hay más de un médico en la consulta	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Si hay más de un médico, se presenta o identifica	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Si hay más de un médico, le piden permiso para que esté presente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Su médico se dirige a usted por su nombre de pila	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico usa lenguaje técnico que usted no comprende	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico le mira a los ojos	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico adopta una postura abierta y relajada	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico mira el ordenador mientras le habla	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico le informa de qué hacer si su enfermedad empeora bruscamente	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico le explica más de un tratamiento para que usted pueda valorarlos	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico acompaña sus explicaciones con gestos	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico le anima a preguntar lo que no haya entendido	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Usted siente la libertad de preguntar todo lo que quiere	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico hace pausas para escucharle	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico le pregunta sobre su estado de ánimo o preocupaciones	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
La expresión facial del médico es de comprensión e interés	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico es empático con usted	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico comparte experiencias personales con usted	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Está satisfecho con la comunicación con el médico	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)

Usted se molesta o se enfada	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico le da su número de teléfono o correo electrónico por si tiene alguna duda	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El médico agradece su cooperación	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Está cómodo en la consulta, es un espacio agradable	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Hay una mesa entre el médico y usted	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Preferiría que no hubiera ninguna mesa entre el médico y usted	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
El tiempo que dura la consulta es poco	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Si durara más tiempo, su relación con el médico mejoraría	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)
Le hacen esperar más de 15 minutos hasta que entra en la consulta	1 (nunca)	2	3	4	5	6 (siempre)

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

SCALISE ANDREA, Secretario del **Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona**

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Protocolo		VERSIÓN 1 12/04/2018

TÍTULO: ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: JOAN ESCARRABILL SANGLAS; MARTA CONSUEGRA FERNÁNDEZ

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado la compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 16/05/2019, acta 9/2019 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º El CEIm del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2019/0442

PR

Página 1/2

3º Listado de miembros:

2 Presidente:

- BEGOÑA GÓMEZ PÉREZ (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

3 Vicepresidente:

- JOAQUIM FORÉS I VIÑETA (Médico Traumatólogo, HCB)

4 Secretario:

- SCALISE ANDREA (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

5 Vocales:

- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico. Plataforma de Estadística Médica. IDIBAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- JOAQUÍN SÁEZ PEÑATARO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- SERGIO AMARO DELGADO (Médico Neurólogo, HCB)
- JULIO DELGADO GONZÁLEZ (Médico Hematólogo, HCB)
- EDUARD GUASCH I CASANY (Médico Cardiólogo, HCB)
- VIRGINIA HERNANDEZ GEA (Médico Hepatólogo, HCB)
- MARINA ROVIRA ILLAMOLA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Eixample)
- MIRIAM MÉNDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- MERCÈ VIDAL FLOR (Enfermera, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

I. SCALISE ANDREA VIVIANA - X4915014Y

Firmado
digitalmente por
SCALISE ANDREA
VIVIANA -
X4915014Y Fecha
: 2019.05.22

10:05:28 +02'00'

Barcelona, a 22 de mayo de 2019

Reg. HCB/2019/0442

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

PR

Página 2/2

COMPARATIVA PROMEDIOS MÉDICOS Y PACIENTES (t-Student)

	Pacientes				Médicos			valor de p
	N	\bar{X}	SEM		N	\bar{X}	SEM	
<i>Paciente acompañado</i>	103	4,12	0,19		24	4,38	0,19	0,5321
<i>Permiso de información acompañante</i>	97	2,19	0,20		24	3,38	0,34	0,0070
<i>Contacto físico</i>	103	4,81	0,17		24	5,13	0,19	0,3766
<i>Presencia de más de un médico</i>	102	4,60 ^a	0,15		24	3,9 ^a	0,25	0,0456
<i>Identificación de los médicos</i>	62	3,73	0,26		23	5,26	0,22	0,0011
<i>Permiso presencia otros médicos</i>	61	2,62	0,28		23	3,26	0,39	0,2162
<i>Uso del nombre de pila</i>	99	4,93	0,17		24	5,38	0,20	0,2114
<i>Uso de lenguaje técnico</i>	102	4,85 ^a	0,14		24	4,30 ^a	0,22	0,0834
<i>Contacto visual</i>	99	4,76	0,15		24	5,71	0,13	0,0034
<i>Postura abierta</i>	101	5,04	0,14		24	5,50	0,12	0,1125
<i>Mirada al ordenador</i>	102	3,55 ^a	0,15		23	4,00 ^a	0,25	0,1940
<i>Información de complicaciones</i>	99	4,18	0,18		23	5,17	0,23	0,0127
<i>Opciones terapéuticas a elegir</i>	95	3,40	0,20		24	4,96	0,18	0,0003
<i>Gesticular</i>	98	3,92	0,16		24	5,08	0,22	0,0009
<i>Animar a preguntar</i>	100	4,46	0,17		24	5,25	0,15	0,0310
<i>Libertad de preguntar dudas</i>	102	5,38	0,12		24	5,21	0,17	0,5209
<i>Pausas para escuchar</i>	102	5,02	0,14		24	5,13	0,16	0,7169
<i>Preguntar preocupaciones</i>	100	3,86	0,18		23	4,52	0,21	0,0968
<i>Expresión facial</i>	100	4,89	0,13		24	4,96	0,16	0,8053
<i>Empatía</i>	102	4,61	0,15		24	5,21	0,16	0,0691
<i>Compartir experiencias personales</i>	101	2,10	0,16		24	3,75	0,30	6,66E-06
<i>Agradecer cooperación</i>	98	3,92	0,19		24	4,71	0,24	0,0476
<i>Satisfacción global</i>	103	5,07	0,12		24	5,04	0,13	0,9157
<i>Paciente molesto</i>	98	5,59	0,09		24	5,00 ^a	0,13	0,0046
<i>Contacto teléfono o email del médico</i>	101	2,01	0,18		24	2,46	0,37	0,2702
<i>Paciente cómodo</i>	102	4,62	0,14		24	4,29	0,15	0,2925
<i>Mesa</i>	102	1,26 ^a	0,08		24	1,70 ^a	0,17	0,0510
<i>Sin mesa mejoraría la relación</i>	98	2,34	0,15		24	2,79	0,28	0,1739
<i>Brevedad consulta</i>	99	3,37 ^a	0,16		24	4,70 ^a	0,25	0,0059
<i>Más tiempo mejoraría la relación</i>	97	3,44	0,18		24	4,92	0,22	0,0002
<i>Tiempo de espera</i>	103	1,75 ^a	0,12		24	3,85 ^a	0,24	9,26E-13

